

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

MAYKEL RABEIRO HECHAVARRIA

**SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO PARA A EQUIPE AZUL DO CENTRO  
DE SAÚDE EDUARDO MAURO DE ARAÚJO – BELO HORIZONTE**

BELO HORIZONTE  
2015

MAYKEL RABEIRO HECHAVARRIA

**SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO PARA A EQUIPE AZUL DO CENTRO  
DE SAÚDE EDUARDO MAURO DE ARAÚJO – BELO HORIZONTE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de certificado de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

BELO HORIZONTE  
2015

MAYKEL RABEIRO HECHAVARRIA

**SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO PARA A EQUIPE AZUL DO CENTRO  
DE SAÚDE EDUARDO MAURO DE ARAÚJO – BELO HORIZONTE**

**Banca Examinadora**

Profa. Dra. Suelene Coelho - orientadora - UFMG

Profa.: Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_/\_\_\_/ 2015

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a todos os portadores de sofrimento mental e seus familiares do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo.

## **EPIGRAFE**

Não espere uma crise para descobrir o que é importante em sua vida.

*Platão*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, a minha mãe pela vida, minha querida esposa, e aos amigos brasileiros, pelo incentivo e apoio nessa jornada no Brasil. E também a Dra. Suelene Coelho, pela dedicação e orientação durante a execução desse trabalho.

## RESUMO

O sofrimento mental é um problema que preocupa os profissionais de saúde e a sociedade em geral, pois até hoje promove a exclusão social e ainda é de difícil controle. Representa uma alteração dos processos cognitivos e afetivos do desenvolvimento que se traduz em perturbações no âmbito do raciocínio, do comportamento, da compreensão da realidade e da adaptação às condições da vida causando sérios danos ao paciente e sua família. O Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo não possui nenhuma ação que atenda às necessidades desses pacientes, isso devido ao longo tempo que permaneceu com a equipe da UBS incompleta e pela falta de um profissional psiquiatra. Este trabalho teve como objetivo levantar os problemas que envolvem a atenção ao portador de transtorno mental, bem como traçar uma estratégia para atender esse público e seus familiares, dentro da atenção primária por meio da educação em saúde. A metodologia utilizada na elaboração do projeto de intervenção foi o Planejamento Estratégico Situacional, proposto no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da UFMG. Além disso, foi realizada uma revisão bibliográfica em busca de artigos disponíveis nas bases de dados da saúde, tais como: SCIELO (Scientific Electronic Library Online Google Acadêmico), em português, utilizando como descritores: saúde mental, educação em saúde, planejamento estratégico e sofrimento mental.

**Palavras chaves:** Saúde mental. Educação em saúde. Planejamento estratégico. Sofrimento mental.

## **ABSTRACT**

Mental suffering is a problem that worries health professionals and society in general, for even today promotes social exclusion and is still a disease difficult to control. It is a change of cognitive and affective processes of development which translates into disturbances under the reasoning, behavior, understanding of reality and adaptation to the conditions of life causing serious harm to the patient and his family. The Health Center Mauro Eduardo de Araújo, has no action to meet the needs of these patients, this due to the long time it remained with incomplete UBS team and the lack of a professional psychiatrist. This study aimed to raise problems involving attention to mental patients, as well as devise a strategy to meet this audience and their families, within the primary care through health education. The methodology used in preparing the intervention project was the Situational Strategic Planning, proposed in the Planning Module and Evaluation of Health Actions, the Specialization in Health Strategy UFMG family. In addition, a literature review for articles available in health databases was carried out, such as: SCIELO (Scientific Electronic Library Online Google Scholar), in Portuguese, using as descriptors: mental health, health education, strategic planning and mental suffering. Finally an intervention proposal was drawn up in order to develop actions that can reduce the incidence of unplanned pregnancy in the area covered by the ESF Village Recreation. In this direction have been proposed actions to better organize the work process of professionals who treat adolescents in the ESF, raise awareness of them about contraceptive methods, promoting educational activities and training of young multipliers.

**Key words:** Mental health. Health education. Strategic planning. Mental suffering.



## LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1 - Levantamento dos principais problemas enfrentados pela Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo.....27**
- QUADRO 2 - desenho das operações para o enfrentamento dos nós críticos do problema — ausência de grupos operativos voltados para os portadores de sofrimento mental da Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo.....30**
- QUADRO 3 - Recurso crítico para enfrentamento do problema – ausência de grupos operativos voltados para os portadores de sofrimento mental da Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo. .... 31**
- QUADRO 4 - Proposta para motivação dos atores envolvidos no controle dos recursos necessários para execução do projeto de intervenção para enfrentamento do problema – i ausência de grupos operativos voltados para os portadores de sofrimento mental da Equipe azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo. .... 32**
- QUADRO 5 - Plano operativo para enfrentamento do problema – ausência de grupos operativos voltados para os portadores de sofrimento mental da Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo. .... 33**
- QUADRO 6 - Situação atual do plano operativo para o enfrentamento do problema- ausência de grupos operativos voltados para os portadores de sofrimento mental da Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo ..... 34**

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde;
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde;
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial;
DISAM	Divisão Nacional de Saúde Mental;
DST	Doença Sexualmente Transmissível;
ESF	Equipe de Saúde da Família;
MS	Ministério da Saúde;
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental;
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial;
OMS	Organização Mundial da Saúde;
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica;
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde;
UBS	Unidade Básica de Saúde;

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>16</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>17</b>
<b>4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>19</b>
<b>5 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo (Miramar) fica situada na rua Erídano nº 540, no bairro Brasil Industrial, Regional Barreiro. Tem cadastrado uma população de 20.051 usuários, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (BRASIL, 2013a), sendo que destes cerca de 30% sofrem de algum distúrbio mental. Possui cinco Equipes de Saúde da Família (ESF) e sua estrutura física é composta por nove consultórios médico, um consultório odontológico, uma sala de reunião, recepção, copa para funcionários, almoxarifado, sala de vacina, sala de curativos, sala de observação e estacionamento.

A Equipe Azul cadastrada como Equipe 02, possui índice de vulnerabilidade considerado médio, com alguns domicílios avaliados como de elevado risco. Atualmente tem 3.298 usuários em sua área de abrangência, atendendo, principalmente, a população do bairro Brasil Industrial e adjacências. Essa localidade está subdivididas em cinco micro áreas denominadas pelos números 06, 07, 08, 09 e 10, totalizando 995 famílias cadastradas de acordo com os dados do SIAB (BRASIL, 2013a).

A Equipe Azul, onde atuo como médico do Programa “Mais Médicos” do Ministério da Saúde, em parceria com o Estado de Minas Gerais e o município de Belo Horizonte, conta com os seguintes recursos humanos: um médico generalista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS).

O processo de trabalho da Equipe 02 é baseado na lógica do acolhimento, realizado duas vezes por semana. É oferecido aos usuários da equipe consulta de enfermagem, consulta médica, atendimento odontológico, visitas domiciliares, assistência ao pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, puericultura, coleta de materiais biológicos, imunização, teste do pezinho, curativos, encaminhamentos para outros níveis de atenção, planejamento familiar e atenção à saúde mental. São ofertadas também, atividades realizadas pela equipe de zoonose.

Quando cheguei a esse Centro de Saúde, me deparei com uma situação difícil, pois havia apenas três médicos generalistas para atender toda a demanda da área de abrangência, um psiquiatra (que também atendia a mais dois Centros de Saúde) e um médico de apoio. Não havia pediatra, sendo assim, as atividades pertinentes à atenção primária não eram

desenvolvidas de maneira adequada. Ocorria o que é comumente denominado de “apagar incêndio”.

A atenção era basicamente voltada para o atendimento das condições conhecidas como “agudas”; dessa forma, as atividades de promoção e proteção de doenças ficavam para segundo plano, devido, não somente pela falta de tempo para o planejamento, como também para a sua execução.

Desse modo, ao me integrar na Equipe Azul iniciei o processo de reconhecimento da população e dos agravos que mais a acometiam, por meio da consulta ao SIAB (BRASIL, 2013a) e das informações fornecidas pelos ACS a fim de traçar um planejamento para direcionar o atendimento, conforme protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e do Ministério da Saúde. Durante esse processo o Centro de Saúde perdeu os 03 médicos generalistas, permanecendo apenas 02 médicos para atender toda a população: eu com carga horária de 08 horas/ dia e o médico de apoio que tem carga horária de 04 horas/ dia. Pouco tempo depois saiu também o psiquiatra.

Assim, num bom período de tempo, o atendimento foi realizado baseado quase que exclusivamente no atendimento aos casos “agudos”. Nesse contexto, me chamou a atenção a deficiência na abordagem e controle no tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais, bem como o pouco conhecimento acerca desse problema por parte dos mesmos e de seus familiares.

De acordo com a OMS (2001), anualmente o número de portadores de algum sofrimento mental vem aumentando consideravelmente, e essas pessoas sofrem com o estigma da doença e com a exclusão social, tornando, portanto, de importância ímpar a abordagem dessa temática.

Ainda, segundo a OMS (2001, p. 2)

Para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social constituem fios de vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países.

Ainda de acordo com o autor, hoje em dia é rara a família que é preservada de um encontro com transtornos mentais, pois uma de cada quatro pessoas poderá ser comprometida

por um distúrbio mental em dada fase da vida. Além disso, é muito grande a carga social e econômica produzida por este tipo de transtorno, que por sua vez, sofre influência de uma combinação de fatores, tais como: biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2001).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b, p.11)

[...] a saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre estas questões.

No entanto, para que isso aconteça é necessário que os profissionais das Equipes de Saúde da Família “[...] incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde” (BRASIL, 2013b, p.11).

Ressalta-se também, que a política de saúde mental atual no Brasil, foi resultado de um longo processo de construção que contou com “[...] a mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2013b, p.21). Vale destacar que esse processo de mudança, nas últimas décadas, tem se propagado notadamente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, que se instituíram de modo coletivo, produzindo a mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado (BRASIL, 2013b).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b, p.22).

[...] as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental deve ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar.

Para o autor, o cuidado em saúde mental não deve se constituir em “[...] algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades” (BRASIL, 2013b, p.22).

Baseado, nessa constatação, decidi intervir, e resolvi desenvolver um projeto de intervenção que tem como principal objetivo amenizar o impacto que esse problema traz para os pacientes e familiares. No momento esse trabalho é viável devido o fato de que o Centro de Saúde encontra-se com o profissional médico em todas as equipes, além das mesmas estarem, também, completas em relação aos demais membros que as compõem.

Realizar este trabalho justifica-se pelo fato da atenção primária à saúde ser responsável pela assistência integral ao ser humano como um todo, biopsicossocial, e por ser considerada a porta de entrada do indivíduo no sistema único de saúde. Os portadores de transtornos mentais da área de abrangência são considerados como problemas de relevância pública devido ao aumento de sua incidência no Brasil e no mundo. É importante conscientizarmos a população em relação aos mitos que envolvem estas patologias, seus sinais, sintomas, diagnóstico e tratamento. Desse modo, considero que a Estratégia Saúde da Família tem um papel fundamental na promoção, prevenção e recuperação da saúde dessas pessoas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Elaborar um projeto de intervenção para promover a educação em saúde aos portadores de transtornos mentais pertencentes à Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo (Miramar) do Município de Belo Horizonte.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Fazer um levantamento dos pacientes portadores de transtornos mentais, por meio do método da Estimativa Rápida;
- ✓ Traçar estratégias de captação e abordagem desses usuários no sentido de minimizar o impacto que a doença exerce sobre o paciente e seus familiares, por meio da educação em saúde.



### 3 METODOLOGIA

O projeto de intervenção foi elaborado a partir das contribuições do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme a Seção 2, do Módulo “Planejamento e avaliação das ações em saúde” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da UFMG.

Desse modo, foi realizado o diagnóstico situacional na área de abrangência da equipe Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, utilizando o método de estimativa rápida o que favoreceu a obtenção de informações sobre os problemas de saúde, além de favorecer a identificação dos principais transtornos mentais presentes e os recursos potenciais para o seu enfrentamento.

Foram realizadas pesquisas na BVS e publicações do Ministério da Saúde sobre o tema, bem como em bases de dados eletrônicas como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Segundo Alves (2007) o estudo bibliográfico é aquele desenvolvido unicamente a partir de fontes já elaboradas, tais como: livros, artigos científicos, publicações periódicas e atualmente com material disponibilizado na internet. Dentre suas vantagens, destaca-se a possibilidade de cobrir uma ampla gama de fenômenos que o pesquisador não poderia observar diretamente.

De acordo com os autores do Módulo, acima citado, o Planejamento Estratégico Situacional possui, didaticamente, dez passos que foram sintetizados a seguir:

- a) Definição dos problemas: identificação dos principais problemas de saúde da área de abrangência.
- b) Priorização de problemas a partir de uma lista de problemas onde se estabelece, coletivamente, as prioridades.
- c) Descrição do problema selecionado, ao se identificar o que caracteriza o problema.
- d) Explicação do problema, quando se identificam as principais causas do problema.
- e) Seleção dos nós críticos, quando são identificadas entre as várias causas, aquelas

consideradas mais importantes na origem do problema.

- f) Desenho de operações, quando são descritas as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como nos críticos, e também são identificados os produtos e resultados para cada operação, além de definidos os recursos necessários para a concretização das operações.
- g) Identificação dos recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação.
- h) Análise de viabilidade do plano, identificação e análise das motivações dos atores que controlam os recursos críticos necessários;
- i) Elaboração do plano operativo com a designação dos responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, bem como o estabelecimento dos prazos para o cumprimento das ações necessárias.
- j) Gestão do plano por meio de um modelo de gestão do plano de ações, após discussão e definição junto à equipe de como será o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir das informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um projeto de intervenção para organizar o processo de trabalho da Equipe de Saúde no sentido de se realizarem mudanças que busquem amenizar o impacto que os transtornos mentais trazem para os pacientes e familiares.

#### 4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo com Fernandes e Moura (2009), não existia o conceito de doença mental antes do século XIX, nem mesmo uma clara divisão entre razão e loucura, caracterizando-se como um conceito construído ao longo da história. Para as autoras, o percurso histórico do Renascimento até os dias atuais trouxe o significado do isolamento e supressão da loucura do seio das experiências sociais, realizada de maneira progressiva.

Ainda, segundo as autoras, os indivíduos que sofrem de algum transtorno mental são considerados como os mais excluídos em nossa sociedade. Por isso, muitas vezes, essas pessoas possuem redes sociais menores do que a de outros grupos sociais. Verifica-se que a segregação permeia o corpo social, não apenas fisicamente, mas também numa condição de obstáculo invisível que faz com que subsistam velhos paradigmas relacionados aos transtornos mentais (FERNANDES; MOURA, 2009).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) o começo da construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil coincide com o movimento da reforma sanitária, iniciada nos anos 1970. Nestes dois movimentos buscava-se a “[...] mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado” (BRASIL, 2001a, p. 6).

De acordo com o autor supracitado, esse movimento surgiu para propor mudanças para a superação da modalidade de assistência até então vigente que era a da violência asilar. Desse modo, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira teve início no período da crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, aliado ao aumento dos esforços dos movimentos sociais em favor pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Assim, esse movimento caracterizou-se como sendo “[...] maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde” (BRASIL, 2001a, p.6).

Ainda de acordo com o autor (BRASIL, 2001a, p.6), a Reforma Psiquiátrica constituiu-se como:

[...] um processo político e social complexo, composto pelos governos federal, estadual e municipal, por universidades, pelo mercado dos serviços

de saúde, pelos conselhos profissionais, pelas associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, por movimentos sociais em nosso território e pela opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

O autor considera também que o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil ocorreu no ano de 1978, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (BRASIL, 2001a).

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001a, p.7).

Destaca-se ainda, que a importância da experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria, pois apontou a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas e inspirou os movimentos sociais com sua crítica radical ao manicômio (BRASIL, 2001a).

Cerca de dez anos depois, em 1987, foi criado a primeira experiência de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo. Dois anos depois teve início um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, considerado como local de maus-tratos e mortes de pacientes. Este fato repercutiu nacionalmente e apontou para a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2001a).

De acordo com Bezerra Junior. (2007, p. 243) a rede composta pelos CAPS no país,

[...] vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar vem sendo construído um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de desinstitucionalização - cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura.

Em 1989, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, deu entrada no Congresso Nacional e, após anos em tramitação, em

2001, foi promulgada a Lei Federal 10.216, que redirecionou a assistência em saúde mental, favorecendo a oferta de tratamento em serviços de base comunitária. Desse modo, a partir do ano de 1992 foram aprovadas as primeiras leis que determinavam a troca progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental em vários estados brasileiros (BRASIL, 2001b).

A partir desse novo contexto, o Ministério da Saúde passou a criar linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e foram criados novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. Ressalta-se também, que o “[...] processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa ‘De Volta para Casa’” (BRASIL, 2001a).

Segundo Nilo *et al.* (2008, p. 11), a Política de Saúde Mental de Belo Horizonte, desde o seu início em 1993,

[...] definiu como um de seus objetivos o diálogo com a cidade, formulando estratégias e criando dispositivos capazes de sustentar a presença pública e digna do portador de sofrimento mental”. Fazer caber a loucura na cidade tem sido um de seus pontos de orientação que se contrapõe à lógica anterior, a do manicômio, aquela que separa, exclui e condena alguns a viverem fora da cultura. Por meio de arranjos sempre criativos e singulares, confronta a anulação e a homogeneização, inscrevendo a diferença como um direito de cada homem ao mesmo tempo em que integra e participa da construção da saúde como um direito.

Para os autores, várias intervenções foram propostas, sendo que a maioria foi realizada inteiramente, dentre elas destacam: Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Saúde com suas Equipes de Saúde Mental e de Saúde da Família, Equipes Complementares, Projeto Arte da Saúde, CERSAMi (para a clientela infanto-juvenil) e CERSAM-ad (para os usuários de álcool e outras drogas), assim como o SAMU, o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), a Incubadora de Empreendimentos Solidários, além do Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturna e da Hospitalidade Noturna (NILO *et al.*, 2008).

Os autores destacam ainda, a utilização idéia de Rede como conceito e materialidade, ou seja, enquanto:

[...] tece e possibilita um acontecimento novo na cultura, que é a inclusão da loucura na cidade e na cidadania. Na sustentação desta idéia e desta prática

destaca-se, viva e nitidamente, o desejo decidido daqueles que emprestam seus corpos para substituir os muros e as grades e inventam novos modos de cuidar: os trabalhadores de Saúde Mental, sujeitos que se fazem endereço e referenciam os novos percursos dos portadores de sofrimento mental. Causados pelo desejo de fazer diferente, perseguem em sua prática a construção da utopia de uma *sociedade sem manicômios* (NILO *et al.*, 2008, p. 13).

Desse modo, nos últimos 22 anos o mapa da assistência à Saúde Mental no município de Belo Horizonte ganhou uma nova configuração com instâncias de cuidado articuladas entre si e conectadas com a vida da cidade, proporcionando um novo fluxo no atendimento: as Equipes de Saúde Mental em Centros de Saúde para o acompanhamento e a sustentação de projetos terapêuticos singulares e territorializados; os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) para situações de crise; bem como os Centros de Convivência, para o resgate de laços sociais; os Serviços Residenciais Terapêuticos para a reabilitação civil de egressos de internações de longa permanência. Além disso, foram criadas as Equipes Complementares para dar suporte ao atendimento da criança e dos adolescentes. E apesar de terem incumbências específicas, as equipes de saúde desses diferentes equipamentos que compõem a Rede “[...] visam oferecer um projeto terapêutico complexo e contínuo, integral e singularizado, considerando tanto as ações relativas à clínica do sujeito quanto aquelas relativas à sua habilitação e a sua inserção no mundo do trabalho e da cultura (OLIVEIRA, 2008, p. 17).

A autora destaca também que a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em fevereiro de 2002, acabou produzindo uma nova dinâmica no trabalho das Equipes de Saúde Mental com a formação de colegiados, fóruns e oficinas de discussão, incluindo trabalhadores desde o nível central até a ponta (OLIVEIRA, 2008, p. 17).

Assim, “[...] a escuta durante o acolhimento passou a ter de conjugar a natureza do problema apresentado com os critérios de prioridade para atendimento imediato ou programado, somados e ponderados com critérios de complexidade e competência das diferentes respostas disponíveis” o que possibilitou um avanço na qualidade do atendimento e uma maior facilidade de acesso do portador de sofrimento mental grave às agendas da Equipe de Saúde Mental da Rede Básica (OLIVEIRA, 2008, p. 20).

A autora relata ainda, que os usuários crônicos de benzodiazepínicos e antidepressivos representavam um grande número nas agendas dos profissionais da Saúde Mental, e para diminuí-las, foram criadas novas estratégias. Assim, houve a responsabilização dos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) por estes usuários, impondo um novo desafio à clínica médica tradicional. (a agenda desses profissionais pode ficar aberta para

receber usuários novos). Foram estimuladas também, várias atividades como: festas, debates, hortas comunitárias, tardes culturais, oficinas de artesanato, coral, escola, entre outras. A criação dessas atividades coletivas, com forte componente cultural e desenvolvidas por meio de trabalho coletivo, acabou fortalecendo os Centros de Convivência na Rede, “[...] como potente equipamento de promoção da saúde e de inclusão social dos portadores de sofrimento mental grave e persistente”, e criando um aspecto especial na à parceria PSF/Saúde Mental (OLIVEIRA, 2008, p. 23).

Dentre os aspectos dificultadores para o trabalho integrado entre o PSF é apontada a mudança de paradigma no modelo assistencial, ou seja,

[...] de um modelo curativista centrado na figura do médico para um modelo que enfatiza o trabalho em equipe e a vigilância à saúde, representa um desafio e um aprendizado tanto para as equipes de saúde, que tem que assumir uma nova postura perante o paciente, quanto para o usuário que é convidado a sustentar uma posição na cena dos cuidados com a saúde (OLIVEIRA, 2008, p. 23).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), o número de pessoas que sofrem de transtornos mentais aumenta a cada ano. Em 2001, havia cerca de quatrocentos milhões de indivíduos no mundo que sofriam com algum tipo de perturbação mental, neurológica ou psicológica, além do sofrimento da doença. Além disso, esses indivíduos sofrem com a vergonha, o estigma e a exclusão social.

A reformulação da atenção a saúde mental no país, consolidou a Atenção Básica como a porta de entrada dos usuários no serviço de saúde. Desse modo, é por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que as pessoas devem buscar atendimento para suas necessidades de saúde. Por isso, a assistência à saúde mental no âmbito da atenção primária deve incluir, tanto indivíduos com transtornos mentais, como também, a realização de atividades de cunho preventivo, englobando o indivíduo e sua família (WAIDMAN *et al.*, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010 *apud* WAIDMAN *et al.*, 2012), o acesso da população à atenção em saúde mental aumentou em nosso país, aproximando-se de 63% de cobertura, com forte participação da atenção básica e de ações intersetoriais como inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos. Além disso, foram fechados de forma pactuada e programada, aproximadamente 16.000 leitos que apresentavam baixa qualidade assistencial. Com isso, os hospitais psiquiátricos acabaram ficando menores, e 44% dos leitos de psiquiatria passaram a pertencer a hospitais de pequeno porte. Desse modo, muitos indivíduos com longo histórico de internação retornaram para as suas casas.

Tendo em conta o contexto da saúde mental no país e em Belo Horizonte, com a elaboração deste projeto de intervenção buscar-se-á promover a educação em saúde aos portadores de transtornos mentais e seus familiares pertencentes à área de abrangência da Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo (Miramar).



## **5 PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Campos, Faria e Santos (2010) afirmam que, planejar representa a preparação para executar uma ação, e esse planejamento deverá ser estratégico, uma vez que, comumente diante de um problema existem vários atores envolvidos, com suas diferentes visões, interesses, expectativas e propósitos. Essas diferenças, na maioria das vezes, geram conflitos que podem comprometer os resultados. Por isso, para que os objetivos sejam alcançados de maneira satisfatória é necessário planejar de maneira estratégica.

De acordo com os autores Campos, Faria e Santos (2010), o Planejamento Estratégico Situacional (PES) é composto por momentos ou passos que caracterizam e norteiam o planejamento, são eles:

- I. Momento Explicativo: nesse momento o objetivo é conhecer a situação atual, através da identificação, priorização e análise dos problemas levantados;
- II. Momento Normativo: é o momento em que ocorre a elaboração de propostas de solução para os problemas;
- III. Momento Estratégico: nesse momento ocorre a análise e construção de estratégias que viabilizem as propostas de solução elaboradas, buscando alcançar os objetivos traçados;
- IV. Momento Tático-Operacional: é o momento em que ocorre a execução do plano, bem como a definição do modelo de gestão e dos instrumentos de acompanhamento e avaliação do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Esses momentos estão intimamente ligados, de modo que um momento completa o outro, além de possuir caráter processual e dinâmico. Desse modo, pode-se revisar a situação; analisar a evolução dos problemas; revisar as intervenções e ações bem como avaliar os resultados obtidos, em qualquer momento do processo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Ainda de acordo com os autores, esses momentos podem ser divididos didaticamente em 10 passos que serão explanados, a seguir, no Projeto de Intervenção.

### **5.1 Primeiro passo - identificação dos problemas do Centro de Saúde**

O Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo tem cadastrado em sua área de abrangência aproximadamente 20 mil usuários divididos em cinco Equipes de Saúde da Família, distribuídos em áreas de baixo e médio risco social, com alguns domicílios de elevado risco. Existe na localidade um grande número de usuários de drogas lícitas e ilícitas, bem como, ruas conhecidas pelo tráfico frequente dessas drogas. A área de abrangência

possui igrejas, escolas, uma Unidade Municipal de Educação Infantil (UMEI), lojas, supermercados, farmácias, lotéricas, creche, uma Residência para Idosos, uma Casa Terapêutica com 05 moradores recém desinstitucionalizados de hospitais psiquiátricos, etc.

Há um elevado número de usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a hipertensão arterial, o diabetes e o sofrimento mental, e alguns casos de DST, a exemplo infecção pelo HIV e sífilis. Dessa população, uma média de 30% dos usuários tem algum tipo de transtorno mental.

Segundo os dados do SIAB (2010), as principais patologias encontradas foram:

- Dependência Química: álcool, cocaína, maconha, crack;
- Transtornos Alimentares: anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa;
- Transtornos de Ansiedade: Síndrome do Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Estresse Agudo, Transtorno Obsessivo Compulsivo;
- Transtornos de Personalidade: Transtorno de Personalidade Anti-Social;
- Transtornos Delirantes: Esquizofrenia, Transtorno Esquizotípico;
- Transtornos do Sono: Hipersonia, Insônia;
- Transtornos dos Hábitos e dos Impulsos: Cleptomania;
- Transtornos Emocionais: Depressão, Distímia, Manias, Transtorno Bipolar, Transtorno Depressivo Recorrente;
- Transtornos Sexuais: Aversão Sexual, Compulsão Sexual, Transtorno da Maturação Sexual, Transtorno de Identidade Sexual na Infância;
- Transtornos Somatoformes: Hipocondria, Neurastenia, Transtorno de Somatização.

Após análise da Equipe de Saúde, foram definidos quatro grandes problemas que dificultam o processo de trabalho no Centro de Saúde e em especial da Equipe Azul e que estão listados a seguir:

- I. Desorganização do processo de trabalho;
- II. Ausência de grupos operativos, principalmente os voltados para os portadores de sofrimento mental;**
- III. Controle inadequado das doenças crônicas não transmissíveis;
- IV. Uso irracional de medicações.

## 5.2 Segundo passo - priorização dos problemas

Como pode ser visto no Quadro 1, foi priorizado pela Equipe Azul, para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção, o problema “**Ausência de grupos operativos, principalmente os voltados para os portadores de sofrimento mental e seus familiares**”. Ao escolher este problema, a Equipe acredita que poderá introduzir no processo de trabalho uma poderosa ferramenta, somando esforços junto aos profissionais de referência em saúde mental do Centro de Saúde.

**QUADRO 1- Levantamento dos principais problemas enfrentados pela Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo - 2015.**

<i>PROBLEMA</i>	<i>IMPORTÂNCIA</i>	<i>URGÊNCIA</i>	<i>CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO PELA EQUIPE</i>	<i>SELEÇÃO</i>
<i>Controle inadequado das doenças crônicas degenerativas.</i>	<i>Alta</i>	<i>7</i>	<i>Parcial</i>	<i>2</i>
<i>Ausência de grupos operativos, principalmente os voltados para os portadores de sofrimento mental e seus familiares.</i>	<i>Alta</i>	<i>7</i>	<i>Dentro</i>	<i>1</i>
<i>Uso irracional de medicações.</i>	<i>Alta</i>	<i>7</i>	<i>Parcial</i>	<i>4</i>
<i>Desorganização do processo de trabalho.</i>	<i>Alta</i>	<i>6</i>	<i>Parcial</i>	<i>3</i>

Fonte: Hechavarria, 2015.

## 5.3 Terceiro passo - descrição do problema selecionado

O problema representado pela ausência de grupos operativos, principalmente os voltados para os portadores de sofrimento mental, foi escolhido devido ao fato dos usuários que apresentam transtornos mentais não possuem esta opção de assistência; essa agiria como um espaço de acolhimento e convivência, tanto para o indivíduo, quanto para a sua família, reforçando o acompanhamento da equipe de saúde mental de referência. Para que isso ocorra, é fundamental que o grupo seja proposto:

[...] de tal modo a permitir que seus integrantes tenham voz, espaço e corpos presentes; se sintam verdadeiramente como integrantes ativos de um grupo.

Não há participação verdadeiramente ativa em um grupo sem que os sujeitos que se colocam tenham condição de ser ouvidos em suas demandas, para depois poder ouvir e colaborar com a demanda alheia e proposta geral; constituindo, somente a partir daí, um verdadeiro sentimento de pertencimento grupal (BRASIL, 2013b, p.123).

No caso do grupo operativo, existe uma relação que os seus participantes mantêm com uma determinada tarefa. Assim, esta modalidade de grupo busca “[...] mobilizar um processo de mudança, que passa fundamentalmente pelo manejo de medos básicos, da perda e do ataque”. Desse modo, tem como finalidade o fortalecimento do grupo “[...] favorecendo uma adaptação ativa à realidade a partir do rompimento de estereótipos, revisão de papéis sociais, elaboração das perdas cotidianas e superação das resistências a mudanças” (BRASIL, 2013b, p.124).

No cotidiano do trabalho verifica-se que os usuários se tornam propensos à descompensação da doença, podendo agravar ainda mais seu estado mental. Não existe também um controle em relação às consultas e/ou aos retornos; a adequação da medicação se torna algo difícil, uma vez que o atendimento é realizado pelo profissional generalista sem preparo adequado para realizar o acompanhamento desses usuários.

#### **5.4 Quarto passo - explicação do problema**

O problema foi considerado de suma importância para o enfrentamento pela Equipe Azul do Centro de Saúde considerando que esses usuários estão, de certa maneira, desassistidos pela atenção básica, no que se refere à saúde mental, resultando na alta prioridade e elevada urgência na abordagem. A fim de amenizar os resultados negativos acerca desse problema, a Equipe poderá intervir nas causas em que possui governabilidade, como por exemplo:

- a) Inadequação no agendamento de consultas e retornos;
- b) Não existência de grupos operativos;
- c) Conhecimento inadequado acerca dos medicamentos utilizados no tratamento.

Destaca-se que enquanto ferramenta de cuidado “complexa e diversificada”, os grupos sofrem a ação das mais variadas linhas teóricas podendo ser úteis nas formulações de dinâmicas grupais. Por isso, entendemos o espaço grupal como “[...] como produtor de saúde e possuindo impacto nos determinantes e condicionantes de saúde dos sujeitos e coletividades”. Acreditamos também, que o “[...] processo grupal, desde que bem pensado

em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado” (BRASIL, 2013b, p.121).

No entanto, é preciso estar atento para que a formação de um grupo não incorra em equívocos já cometidos na atenção básica, onde o discurso central, na maioria das vezes, normativo, transmite o saber do profissional de saúde, que deve ser repassado, ou prescrito para os pacientes. Ao invés disso, deve-se pensar em propostas que partam:

[...] do reconhecimento da experiência do outro, seus territórios existenciais transversalizados por vetores sociais, culturais, políticos e outros, possibilitam a formação de um grupo-sujeito, no qual o sujeito é agente coletivo dos enunciados, pois “esforça-se para ter um controle sobre sua conduta” (GUATARRI, 1985 *apud* BRASIL, 2013b, p.122).

O grupo serviria como mais um ponto da rede social de cuidado aos usuários no território de referência. Assim, o conhecimento do profissional de saúde estaria articulado com os vários conhecimentos do território, dos coletivos e dos indivíduos. Desse modo, ao contrário do caráter normativo que vem tendo especial importância na conformação dessa modalidade pelas equipes de Atenção Básica, sua oferta estaria regulada por uma “[...] flutuação entre o normativo e o criativo” (BRASIL, 2013b, p.122).

### **5. 5 Quinto passo - identificação dos nós críticos do problema**

Para enfrentar um problema, é fundamental que suas causas sejam identificadas para que possam ser atacadas. Desse modo, ao analisar as causas de um problema é possível ter mais nitidez sobre onde e quando atuar ou quais as causas que deverão ser atacadas. Assim, é necessário encontrar as causas avaliadas como mais importantes, ou seja, aquelas que verdadeiramente precisam ser encaradas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Assim, foram levantados os seguintes nós críticos do problema de saúde considerado prioritário:

1. Falta de ações de promoção, prevenção e controle adequado para o problema;
2. Infrequência das consultas de controle;
3. Falta de conhecimento de forma quantitativa do público alvo;
4. Falta de orientação de um profissional qualificado.

Com a articulação do trabalho de grupos na Atenção Básica ao campo da saúde mental é possível enfrentar a normalização do cuidado a pacientes com sofrimento emocional e para isso torna-se necessário evitar dois tipos de grupos: formação por tipologia de agravos ou sofrimento psíquico; e o grupo como lugar de abordagem. Para isso, deve-se fortalecer o grupo como “[...] lugar do encontro entre sujeitos, às pessoas como singularidades em permanente produção de si e do mundo”, buscando-se a “[...] diversidade grupal, reconhecendo e fazendo-se reconhecer os sujeitos como pertencentes a um território comum” (BRASIL, 2013b, p.122).

### 5.6 Sexto passo - desenho das operações para o enfrentamento dos nós críticos

No Quadro 2 estão apresentadas as operações elaboradas de acordo com os nós críticos identificados.

**QUADRO 2 - Desenho das operações para o enfrentamento dos nós críticos do problema – ausência de grupos operativos voltados para os portadores de sofrimento mental da Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo.**

<b>NÓ CRÍTICO</b>	<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>
Falta de ações de promoção, prevenção e controle adequado para o problema.	Elaborar grupos operativos voltados para paciente e familiar.	Minimizar o impacto da doença.	Avaliar o nível de conhecimento e prepará-lo para um melhor enfrentamento da doença.	Cognitivo; Organizacional; Financeiro.
Infrequência das consultas de controle.	Otimizar a agenda de forma organizar o fluxo de consultas e retornos.	Contemplar 100% dos pacientes assistidos pela equipe.	Organização da agenda.	Cognitivo; Organizacional.
Falta de conhecimento de forma quantitativa do público alvo.	Levantamento do cadastro de 100% dos usuários com transtorno mental.	Conhecer o usuário para adequação da qualidade da assistência.	Capacitação de equipe de saúde.	Cognitivo; Organizacional.
Falta de orientação de um profissional qualificado.	Buscar junto à regional acesso ao profissional qualificado.	Assistência mais qualificada.	Conhecimento, Educação em Saúde.	Político; Organizacional; Humano.

Fonte: Hechavarria, 2015.

### 5.7 Sétimo passo – identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a realização de uma operação, e que geralmente não estão disponíveis num primeiro momento. Por isso, é essencial que a equipe de saúde tenha isso claro para poder criar estratégias para viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). É possível visualizar no Quadro 3 os recursos críticos identificados pela Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo, em Belo Horizonte.

**QUADRO 3 - Recurso crítico para enfrentamento do problema — ausência de grupos operativos voltados para os portadores de sofrimento mental da Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo.**

<b>OPERAÇÃO/PROJETO</b>	<b>RECURSOS</b>
Elaborar grupo operativo voltado para paciente e familiar.	Organizacional: reuniões da gestão e equipe 02 para planejamento das ações; Cognitivo: articulação da Equipe Azul com os profissionais de outras especialidades. Financeiro: aquisição de recursos áudio visuais, folhetos explicativos e mobilização da população.
Otimizar a agenda de forma organizar o fluxo de consultas e retornos.	Organizacional: reuniões da gestão e Equipe Azul para adequação dos horários nas agendas.
Levantamento do cadastro de 100% dos usuários com transtorno mental.	Cognitivo: articulação entre os membros da Equipe Azul e envolver os ACS no levantamento desse cadastro.
Buscar junto a Equipe de Saúde Mental no Distrito Sanitário acesso aos profissionais qualificados.	Político: através da articulação entre Centro de Saúde e Distrito Sanitário.

Fonte: Hechavarria (2015)

### 5.8 Oitavo passo- Reconhecimento e motivação dos atores que controlam os recursos críticos.

A ideia principal deste passo é a de que o indivíduo que está planejando não consegue ter controle sobre todos os recursos necessários para a execução do seu projeto. Por isso, para se ter êxito neste passo é preciso: conhecer os indivíduos que controlam os recursos críticos; analisar a real motivação desses atores em relação dos objetivos pretendidos pelo projeto; desenhar as ações avaliadas como estratégicas para motivar os indivíduos; estabelecer a viabilidade de cada

operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No Quadro 4 é possível visualizar as propostas das ações que podem ser desenvolvidas com o intuito de motivar aqueles indivíduos que controlam os recursos críticos.

**QUADRO 4 - Proposta para motivação dos atores envolvidos no controle dos recursos necessários para execução do projeto de intervenção para enfrentamento do problema - ausência de grupos operativos voltados para os portadores de sofrimento mental da Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo.**

<b>OPERAÇÕES/ PROJETOS</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>	<b>ATOR QUE CONTROLA</b>	<b>MOTIVAÇÃO</b>	<b>AÇÃO ESTRATÉGICA</b>
Elaborar grupo operativo voltado para paciente e familiar.	Organizacional: reuniões da gestão e Equipe Azul para planejamento das ações; Cognitivo: articulação da Equipe Azul com os profissionais de outras especialidades.	Gerência da UBS, Médico, Enfermeira e Equipe do NASF.	Favorável.	Apresentar projeto para introdução do assunto junto ao público alvo.
Otimizar a agenda de forma organizar o fluxo de consultas e retornos.	Organizacional: reuniões da gestão e Equipe Azul para adequação dos horários nas agendas.	Gerência da UBS; Médico; Enfermeiro.	Favorável.	Aumentar número de consultas.
Levantamento do cadastro de 100% dos usuários com transtorno mental.	Cognitivo: articulação entre os membros da Equipe Azul e envolver os ACS no levantamento desse cadastro.	Todos os membros da Equipe Azul.	Favorável.	Apresentar projeto de capacitação da equipe de saúde para levantamento desses dados.
Buscar junto à regional acesso ao profissional qualificado.	Político: através da articulação entre regionais.	Gerência da UBS e Gerências Distritais.	Favorável.	Apresentar dados que comprovem a necessidade dessa articulação.

Fonte: Hechavarria (2015).

### **5.9 Nono passo - plano operativo para enfrentamento do problema**

O objetivo desse passo é apresentar as operações/projetos, seus resultados, produtos, as



ações estratégicas e nomear os responsáveis por cada operação (gerente de operação), como pode ser observado no Quadro 5.

**QUADRO 5 - Plano operativo para enfrentamento do problema - ausência de grupos operativos voltados para os portadores de sofrimento mental da Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo.**

<b>OPERAÇÕES</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>AÇÕES ESTRATÉGICAS</b>	<b>RESPONSÁVEIS</b>	<b>PRAZOS</b>
Elaborar grupo operativo voltado para paciente e familiar.	Minimizar o impacto da doença.	Avaliar o nível de conhecimento e prepará-lo para um melhor enfrentamento da doença.	Apresentar projeto para introdução do assunto junto ao público alvo.	Médico: Dr. Maykel; Enfermeira: Sirlândia; Equipe do NASF.	60 dias
Otimizar a agenda de forma organizar o fluxo de consultas e retornos.	Contemplar 100% dos pacientes assistidos pela equipe.	Organização da agenda.	Aumentar número de consultas.	Gerente da UBS e Dr. Maykel	30 dias
Levantamento do cadastro de 100% dos usuários com transtorno mental.	Conhecer o usuário para adequação da qualidade da assistência.	Capacitação de equipe de saúde.	Apresentar projeto de capacitação da equipe de saúde para levantamento desses dados.	ACS e Téc. de Enfermagem.	03 meses
Buscar junto à regional acesso ao profissional qualificado.	Assistência mais qualificada.	Conhecimento.	Apresentar dados que comprovem a necessidade dessa articulação.	Gerente da UBS; Gerente do Distrito e SMS.	03 meses

Fonte: Hechavarria (2015)

### 5.10 - Décimo passo - gestão do projeto de intervenção

No Quadro 6 foram estabelecidos os prazos para o cumprimento das ações necessárias, bem como as pessoas responsáveis por cada uma das operações.

**QUADRO 6 - Situação atual do plano operativo para o enfrentamento do problema- ausência de grupos operativos voltados para os portadores de sofrimento mental da Equipe Azul do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo**

<b>OPERAÇÕES</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RESPONSÁVEIS</b>	<b>PRAZO INICIAL</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>
Elaborar grupo operativo voltado para paciente e familiar.	Avaliar o nível de conhecimento e prepará-lo para um melhor enfrentamento da doença.	Médico: Dr. Maykel; Enfermeira: Sirlândia; Equipe do NASF.	60 dias	A implantar
Otimizar a agenda de forma organizar o fluxo de consultas e retornos.	Organização da agenda.	Gerente da UBS e Dr. Maykel	30 dias	A implantar
Levantamento do cadastro de 100% dos usuários com transtorno mental	Capacitação de equipe de saúde.	ACS e Téc. de Enfermagem.	03 meses	A implantar
Buscar junto à regional acesso ao profissional qualificado.	Conhecimento.	Gerente da UBS; Gerente do Distrito e SMS.	03 meses	A implantar

Fonte: Hechavarria (2015).

A partir deste Projeto de Intervenção pretende-se contribuir para organizar melhor o processo de trabalho da Equipe Azul, para que possam ser desenvolvidos grupos operativos para a clientela portadora de transtornos mentais e seus familiares, possibilitando a minimização do sofrimento mental em nossa área de abrangência.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A exclusão social ainda é um dos maiores problemas enfrentados pelas pessoas com transtornos mentais. Desse modo, são muitos os desafios para garantir a promoção e a recuperação desses usuários que a equipe de saúde da família enfrenta em seu cotidiano. Por isso, é fundamental que os profissionais da atenção básica estejam cientes de seus encargos e trabalhem junto à população de sua área de abrangência, garantindo a estabilidade desses indivíduos, auxiliando, tanto os pacientes, como os seus familiares.

Embora o projeto de intervenção proposto nesse trabalho ainda não esteja sendo implementado, o mesmo representa um ponto de partida na busca por uma assistência mais qualificada à pessoa com sofrimento mental. Observou-se que, durante a elaboração do projeto de intervenção, a equipe de saúde, como um todo, se mostrou motivada, acreditando em um resultado positivo.

Para envolver familiares e portadores de transtorno mental em um grupo operativo é necessário que eles façam parte e compreendam todo o processo do projeto de intervenção. As práticas educativas em grupos representam um bom resultado e auxiliam no acompanhamento e adesão ao tratamento. É importante ter na família um aliado principal nesse desafio a ser vencido, por isso, faz-se necessário deixá-los expor seus pensamentos, dúvidas e sugestões. Juntos a equipe de saúde, a família e o paciente estarão mais fortes para vencer os desafios e os estigmas que surgem com o transtorno mental.

## REFERÊNCIAS

ALVES, M. **Como escrever teses e monografias**. 2 edição. São Paulo: Editora Campus, 2007.

BEZERRA JUNIOR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.243-250, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde - SMSA. **Sistema de Informação Básica da SMSA**. Belo Horizonte, SMSA, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf) . Acesso em: 04 ago. 2015.

BRASIL. **Lei 10216 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm) . Acesso em: 05 ago. 2015.

BRASIL. **Sistema de Informação Básica em Saúde (SIAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf) . Acesso em: 22 set. 2015.

CAMPOS F. C. C; FARIA. H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf> . Acesso em: 16 jul. 2015.

FERNANDES, F.; MOURA, J. A. A **Institucionalização da Loucura**: enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da saúde mental - (parte II). Site Psicologado, 2009. Disponível em: <https://psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria/a-institucionalizacao-da-loucura-enquadramento-nosologico-e-politicas-publicas-no-contexto-da-saude-mental-parte-ii> . Acesso em: 14 ago. 2015.

HECHAVARRIA, M. R. **Levantamento dos principais problemas enfrentados pela equipe 02 do Centro de Saúde Eduardo Mauro de Araújo**, através da estimativa rápida obtida em reuniões de equipe. BH M/G, 2015.

NILO, K. *et al.* **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000149&pid=S0102-7182201400050002200022&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000149&pid=S0102-7182201400050002200022&lng=en) . Acesso em: 20 maio 2015.

OLIVEIRA, E. G. A saúde mental na Atenção Básica de Saúde: uma parceria com as Equipes de Saúde da Família. In: NILO, *et al.* **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000149&pid=S0102-7182201400050002200022&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000149&pid=S0102-7182201400050002200022&lng=en) . Acesso em: 20 maio 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança**. Genebra: World Health Organization, 2001. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf> . Acesso em: 12 nov.2015.

WAIDMAN, M. A. P. *et al.* Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta paul. enferm.**[online]. 2012, vol.25, n.3, pp. 346-351. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300005) . Acesso em: 20 maio 2015.