

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

**TECNOLOGIAS DE ABORDAGEM EM SAÚDE MENTAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOELMA AMÉLIA MUNIZ

**UBERABA - MINAS GERAIS
2013**

JOELMA AMÉLIA MUNIZ

**TECNOLOGIAS DE ABORDAGEM EM SAÚDE MENTAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Professora Maria Dolôres Soares
Madureira.

**UBERABA - MINAS GERAIS
2013**

JOELMA AMÉLIA MUNIZ

**TECNOLOGIAS DE ABORDAGEM EM SAÚDE MENTAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Professora Maria Dolôres Soares
Madureira.

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira – Orientadora

Profa. Eulita Maria Barcelos – Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte em: 25/05/2013.

Dedico este trabalho

*Sobretudo a Deus por me presentear com o direcionamento para essa profissão e por
conduzir minha vida.*

Ao meu filho.

Agradeço

À Professora Maria Dolôres Soares Madureira pela orientação competente, paciente e solidária, e pelo estímulo constante para que eu produzisse sempre o meu melhor.

À Professora Cláudia Cristina Rangel pelo voto de confiança no meu potencial e na minha vontade de aprender mais.

À Professora Fernanda Carolina Camargo que tanto influenciou a aumentar a minha paixão por saúde coletiva e me ensinou que sempre existe uma possibilidade de melhorarmos nossa prática.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pelo aprendizado.

Aos colegas do curso de especialização, pela construção conjunta do conhecimento.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/ Unidade de Saúde Caiuá, do Centro de Referência em Assistência Social São José (Curitiba/PR) e da Escola Municipal Colônia Augusta (Curitiba/PR) pela parceria que viabilizou a possibilidade de implementação desse projeto.

Por fim, uma menção à UFMG e ao UNA-SUS, que viabilizou minha especialização tendo sempre a busca da melhoria do cuidado ao usuário como principal objeto de estudo.

“Uma das grandezas na nossa maneira de estar no mundo e com ele é a capacidade de intervindo no mundo conhecê-lo”...

Paulo Freire

RESUMO

Este estudo busca subsidiar a discussão da contribuição das atividades em grupos às pessoas com transtornos mentais, explorando a possibilidade da implementação de novas tecnologias de abordagem em Atenção Primária à Saúde que possa empoderar o sujeito para adoção de posturas com vistas à cidadania e saúde mental. Destaca-se nesse contexto o cenário da Estratégia Saúde da Família, tendo o enfermeiro como referencial da equipe. O objetivo desse estudo constituiu na elaboração de um plano de ação visando à promoção da saúde mental através de atividades coletivas para os usuários da área de abrangência da Equipe C da Unidade de Saúde da Família Caiuá, localizada no Município de Curitiba – PR. A metodologia para o embasamento teórico foi revisão literária tipo narrativa sendo a fonte de pesquisa banco de dados digitais da Scielo (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e outros sites sobre o assunto, assim como pesquisa em: artigos de pesquisa (teóricos e/ou de revisão bibliográfica), monografias, teses, dissertações, apresentações em congressos; a revisão foi realizada no período de setembro a novembro/2012. Após a análise da literatura pesquisada, buscou-se elaborar um plano de intervenção através da construção do saber baseado em grupos organizados sob a forma de rodas de conversas inspirado no método de ensino Paulo Freire Destaca-se que o grupo propicia ao profissional de saúde a visualização do sujeito de uma maneira holística, considerando os determinantes sociais (condições de trabalho, moradia, instrução, convívio familiar e vida de um indivíduo e/ou grupo) e todo o seu contexto. Também possibilita o empoderamento do indivíduo por meio da introspecção e o encontro de respostas pessoais para enfrentamento de suas angústias. Assim, pressupõe o grupo como uma possibilidade de implementação de nova estratégia de promoção, transformação e autonomia do sujeito na Atenção Básica em Saúde da Família, especialmente nos casos relacionados ao transtorno mental e/ou dependência química, sendo mais um recurso a ser somado na prática atual do enfermeiro em Saúde da Família.

Palavras-chaves: Grupos. Enfermeiro. Saúde da Família. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study seeks to support the discussion of the contribution of group activities to people with mental disorders, exploring the possibility of implementing new technologies approach in primary care that can empower the individual to adopt postures aiming to citizenship and mental health. It is noteworthy in this context the scenario of the Family Health Strategy, with nurses as reference team. The aim of this study was to prepare a plan of action aimed at promoting mental health through collective activities for users of the area covered by the C Team Unity Family Health Caiuá, located in the municipality of Curitiba - PR. The methodology for the theoretical literature review was kind of narrative being the source research database of digital SciELO (Scientific Electronic Library Online), VHL (Virtual Health Library) and other sites on the subject, as well as research in: articles research (theoretical and / or literature review), monographs, dissertations, conference presentations and the review was conducted in the period from September to November/2012. After reviewing the literature, we sought to develop an intervention plan by building knowledge-based groups organized in the form of wheels conversations inspired by Paulo Freire method of teaching is noteworthy that the group provides the health care professional view of the subject in a holistic manner, considering the social determinants (working conditions, housing, education, family life and the life of an individual and / or group) and its context. It also enables the empowerment of the individual through introspection and meeting personal responses to cope with their anguish. Thus, as a group presupposes the possibility of implementing new promotion strategy, transformation and autonomy of the subject in Primary Health Family, especially related to mental illness and / or addiction, and another feature to be added in current practice of nurses in Family Health.

Keywords: Groups. Nurses. Family Health. Mental Health. Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Agente Comunitário de Saúde	ACS
Atenção Primária à Saúde	APS
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Centro de Referência de Assistência Social	CRAS
Determinantes Sociais da Saúde	DSS
Política Nacional de Atenção Básica	PNAB
Sistema Único de Saúde	SUS
Secretaria Municipal de Educação	SME
Unidade de Saúde	US

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO	15
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	16
5 REVISÃO DA LITERATURA	17
5.1 Determinantes sociais da saúde mental	17
5.2 O reflexo das atividades em grupos na saúde mental dos usuários da atenção básica	18
5.3 O papel do profissional de saúde como educador	19
5.4 Como estimular o empoderamento e o exercício da cidadania e de que maneira a consciência crítica provoca repercussão na saúde mental dos usuários	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
6.1 Explicando o problema	23
6.2 Objetivos	24
6.3 Metodologia	24
6.3.1 Público alvo	24
6.3.2 Local, datas e duração	25
6.3.3 Como fazer	25
6.4 Descrição das operações	26
6.5 Planilha de acompanhamento do indicador	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família, iniciada em 1994 com a implantação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), surge como uma estratégia de reordenar a Atenção Básica no Brasil, substituindo o modelo tradicional vigente do Sistema Único de Saúde (SUS), na busca do cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo. Tem como desafio ampliar a resolubilidade da atenção a saúde, bem como a acessibilidade ao serviço, com enfoque na promoção da Saúde, sendo o indivíduo o foco central da ação, considerado em todo o seu contexto de inserção da sociedade. Sustenta-se pela implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde, compostas minimamente por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e 06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essas equipes são responsáveis por acompanhar uma população delimitada de no máximo 04 mil pessoas num território definido (BRASIL, 2006).

Partindo desse pressuposto, pode-se considerar que o território é uma mineradora ou um campo de extração de minérios e que a população é a pedra preciosa que por vezes necessita de um lapidador para que sua grandeza seja exacerbada, lembrando-se que o resultado final dependerá da interação jóia-joalheiro. Nesse contexto, inserem-se os trabalhadores de saúde como educadores e aprendizes no sentido de ampliar a capacidade de autonomia do sujeito para o autocuidado. Para tanto, é imprescindível que os profissionais de saúde conheçam o espaço de atuação e a realidade da comunidade local, bem como as características sociais, culturais, religiosas, psíquicas, situações de adoecimento e anseios de sua comunidade para uma melhor atuação. Assim, podem-se elaborar planos de ação.

O plano de ação é um projeto de intervenção sobre determinado problema detectado e que necessita ser solucionado. Contudo, deve-se considerar a viabilidade de gerenciá-lo. Para se detectar problemas faz-se necessário primeiramente a execução de um diagnóstico situacional (CAMPOS, FARIAS e SANTOS, 2010).

Nesse sentido, após o diagnóstico situacional da área da equipe C de Saúde da Família da Unidade de Saúde Caiuá, localizada no Município de Curitiba – Paraná, identificou-se uma comunidade com algumas discrepâncias no tocante ao poder aquisitivo, tendo 04 micro-áreas com características bem peculiares uma das outras. Dessas, uma em especial, denominada Moradias Aquarela (micro-area 600), destaca-se de maneira gritante na questão social. É uma área de realocação de pessoas em sua maioria jovens e adultos que moravam às margens do

rio Barigui e que foram transferidas para esse loteamento. O diagnóstico apontou os maiores problemas concentrados nesse local. Entre estes se destacam o grande número de dependentes químicos e outros casos de transtornos mentais, bem como um elevado número de hipertensos em uma área onde há ausência de opções para o lazer, atividades em grupos e a mobilização social é frágil. Somam-se a estes agravantes um grande número de animais soltos nas ruas, resultando com frequência em mordeduras de cães na população. É comum também observar ligações clandestinas de iluminação e ausência de esgoto.

Mediante esses dados, priorizou-se a micro-area de realocação para atuação mais intensiva e imediata da equipe. Assim foram eleitos, entre os problemas identificados, os relacionados à saúde mental e o baixo número de atividades em grupos ofertados pela equipe para a comunidade. No tocante ao grau de importância destas atividades, este é alto, visto que o grupo pode compartilhar saberes e estimular a mudança de hábitos melhorando o autocuidado (FARIA *et al.*, 2009), enquanto a capacidade de enfrentamento é parcial considerando o importante papel do usuário para adesão do processo de mudança.

A partir do entendimento da importância de priorizar a saúde mental e as atividades coletivas, fez-se necessário realizar uma análise mais cuidadosa da situação na abrangência da Unidade de Saúde. Assim, constatou-se que uma grande porcentagem da população adscrita tem algum tipo de transtorno mental. Tal afirmativa parte da análise do número de inscritos no atendimento de saúde mental, sendo 540 pessoas numa população total de 14.034 usuários, o que equivale a 23% (Prontuário eletrônico e-saúde/julho/2012).

Esse valor supera a média da cidade de São Paulo conforme dados encontrados por Almeida Filho *et al.* (1997) em pesquisa realizada em duas capitais brasileiras e na cidade de Brasília, sobre a prevalência de transtornos mentais na comunidade. O estudo indicou uma prevalência potencial de casos psiquiátricos variando de 19% (São Paulo) a 34% (Brasília e Porto Alegre). Ainda segundo este estudo, a prevalência maior foi de transtornos ansiosos (18%) seguida de alcoolismo (8%). Os quadros depressivos variaram de menos de 3% (São Paulo e Brasília) até 10% (Porto Alegre) com destaque para o alcoolismo entre os homens e distúrbios não psicóticos em mulheres.

Segundo registros da equipe de Saúde Caiuá e dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB (2010), a incidência de internações psiquiátricas na abrangência da unidade em 2010, foi de 0 a 4 ao mês. E no ano de 2009 o total foi de 12 internações. Desses

internamentos a maioria é de pacientes com transtorno crônico do humor (bipolar) e transtornos psicóticos (esquizofrenia) que descompensam, sendo que os mesmos pacientes passam por mais de um internamento ao ano. Os demais referem-se à dependência química com predominância entre os jovens e adolescentes, dados que vem ao encontro dos encontrados no diagnóstico situacional, em relação ao número de dependentes químicos.

Quanto ao uso de medicamentos benzodiazepínicos, foi muito surpreendente e assustador uma vez que a distribuição mensal é de 3395 comprimidos de 05 mg. (Prontuário eletrônico e-saúde/julho/2012).

A partir das constatações evidenciadas no diagnóstico, ressaltam-se falhas no acompanhamento aos familiares e portadores de transtornos psicóticos, bem como transtornos do humor. Tal prerrogativa parte do princípio que esses mesmos pacientes sofrem vários internamentos durante o ano e carência no acompanhamento dos casos de ansiedade considerando o número de dependentes de benzodiazepínico. Tais constatações confirmam a urgente necessidade de reavaliarmos as nossas ações relacionadas à saúde mental e pensarmos em estratégias de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

Nakamura 2003 (*apud* MONTEIRO e VIEIRA, 2010, p.400) ressalta que

as desigualdades socioeconômicas, a incompatibilidade entre os anseios e as possibilidades reais para satisfazê-los, além de influenciar as situações experienciadas de adoecer, são também responsáveis pelas condições de estresse e problemas de saúde mental.

Monteiro e Vieira (2010) argumentam que quando a prática educativa surge de uma educação transformadora, que tem como fundamentos o diálogo e o exercício da consciência crítica, as mudanças acontecem como resultado da participação das pessoas envolvidas no processo.

Partindo desse pressuposto e considerando o baixo número de atividades em grupos ofertados pela equipe na promoção da saúde mental e prevenção de agravos, problema identificado no diagnóstico situacional realizado e que necessita ser solucionado. A importância desse estudo reside no fato de possibilitar a implementação de novas tecnologias de abordagem em atenção primária à saúde (APS) que possam empoderar o cidadão para adoção de posturas com vistas à cidadania e saúde mental.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção visando à promoção da saúde mental através de atividades coletivas para os usuários da área de abrangência da Equipe C da Unidade de Saúde da Família Caiuá, localizada no Município de Curitiba - PR.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizada uma revisão de literatura tipo narrativa sobre o tema nos bancos de dados digitais da Scielo (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e outros sites sobre o assunto, assim como pesquisa em: artigos de pesquisa (teóricos e/ou de revisão bibliográfica), monografias, teses, dissertações, apresentações em congressos. Esta pesquisa foi realizada no período de setembro a novembro/2012.

Para esta revisão foram utilizados os descritores: grupos e enfermagem, educação em saúde, transtornos mentais, saúde mental e atenção primária à saúde.

A seleção dos artigos foi feita após leitura dos resumos e identificação de relação com o tema pesquisado e com os avanços atuais, considerando-se a possibilidade de aplicabilidade, informações inovadoras que possam acrescentar algo ao conhecido, bem como esclarecer o fenômeno investigado atendendo aos objetivos do presente trabalho.

Posteriormente à revisão de literatura, elaborou-se um plano de intervenção sobre o baixo número de atividades em grupos ofertados pela equipe na promoção da saúde mental e prevenção de agravos, problema identificado no diagnóstico situacional realizado e que necessita ser solucionado e cujo gerenciamento tem viabilidade. Para Campos, Faria e Santos (2010), um problema pode ser entendido com uma situação inaceitável e discrepante com o ideal desejado, porém com possibilidade de transformação para o almejado.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Determinantes sociais da saúde mental

A influência dos determinantes sociais na saúde (DSS) tem sido tema constante de discussão mundial, inclusive com realização de Conferências Mundiais, como o que ocorreu em outubro de 2011 na cidade do Rio de Janeiro (OMS, 2011). Considerando que as distintas posições sociais refletem no perfil epidemiológico de nascimento, adoecimento e morte de uma população, observa-se globalmente uma preocupação no sentido de minimizar os impactos que a discrepância na distribuição de renda tem sobre a saúde.

Outrossim, apesar de existir um consenso sobre a influência dos DSS, foi ao longo da história que esse conceito foi sendo construído. Atualmente, embora algumas definições englobem maiores detalhes, de uma maneira geral todas abordam a importância da relação das condições de trabalho, moradia e vida de um indivíduo e grupo com sua situação de saúde (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007).

Almeida Filho (2009) afirma que o enfrentamento das desigualdades de saúde, fruto das injustiças sociais demanda de ações em várias instâncias, partindo de uma questão teórica, passando por uma problemática metodológica, sobretudo um desafio político. Assim Pellegrini Filho (2011) também destaca as dificuldades enfrentadas para a implantação de políticas públicas baseadas em evidências nesse setor, visto que há um distanciamento entre o executor e pesquisador, não sendo o mesmo lócus de atuação, tampouco o mesmo sujeito. Nesse sentido a teoria distancia-se muito da prática, causando prejuízo para a implantação e desenvolvimento das ações no território.

Nessa linha de raciocínio Fleury-Teixeira (2009) aponta que, independente do significado atribuído à saúde, é indispensável a relação dessa com a determinação geral da vida das pessoas, sendo de consenso quase geral a influência sobre o indivíduo a posição que esse ocupa na sociedade. Corroborando com tais prerrogativas, Gonçalves (2008) encontra em pesquisa a congruência da forte relação da percepção negativa de saúde, inclusive de autocuidado quando o indivíduo encontra-se desempregado ou sem fator social de proteção no emprego, sendo explícita a determinação sobre a saúde do indivíduo. Vale salientar que tais condições são encontradas mesmo em países com padrões melhores de vida.

Partindo do pressuposto de que saúde é o completo bem estar físico, mental e social (OMS, 1986) e que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...]” (BRASIL, 1990, sp.), pode-se inferir que os determinantes sociais podem influenciar no bem estar mental do indivíduo com consequente alteração no seu estado de saúde predispondo ao desenvolvimento de doenças inclusive relacionadas à saúde mental.

Contudo, Almeida Filho (2009) ressalta que as injustas diferenças em saúde e no acesso aos serviços de saúde podem ser reduzidas e evitadas, identificando-se as condições de exposição aos riscos evitáveis eliminando-as. Nesse caso as políticas de governo ocupam papel de destaque.

5.2 O reflexo das atividades em grupos na saúde mental dos usuários da atenção básica

“Como manifestação presente à experiência vital a curiosidade humana vem sendo histórica e socialmente construída e reconstruída”, portanto para se aprender é necessário haver uma aproximação entre o objeto de pesquisa e o pesquisador (FREIRE, 2003, p.16).

Partindo desse entendimento e da necessidade de renovarmos nossas práticas tradicionais em saúde, principalmente àquelas voltadas à saúde mental, entende-se que os trabalhos em grupos vêm como uma rica possibilidade de inovação.

Para Santos e Duarte (2008) é fundamental que o profissional de saúde conheça qual a avaliação que o usuário tem em relação ao cuidado, assim como as funções e limitações do serviço de saúde para que assim seja estabelecido um vínculo com consequente direcionamento das ações a serem implantadas. Nesse sentido, o trabalho em grupo pode proporcionar a interação equipe-usuário, dando abertura ao processo de educar e aprender. Possibilitando também um atendimento focado na pessoa e não apenas nas queixas físicas apresentadas conforme o modelo biomédico.

Segundo Souza *et al.* (2004), o trabalho em grupo tem ganhado papel de destaque entre as metodologias de abordagem em saúde, sendo inclusive um dos principais recursos terapêuticos no campo de saúde mental.

Estudo indica a abordagem grupal como uma estratégia promotora de autonomia e transformação pela troca de valores e saberes entre os integrantes contribuindo para a construção de um novo modelo de relação. Assim o sujeito adquire mecanismos pessoais e grupais de enfrentamento (SOUSA, PINTO e JORGE, 2010).

5.3 O papel do profissional de saúde como educador

A estratégia saúde da família tem como premissa a priorização e valorização das atividades de promoção à saúde, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS. Nesse cenário, insere-se o profissional de saúde também como educador baseando-se num processo de escuta e interação. Assim espera-se proporcionar o empoderamento do indivíduo para exercer sua cidadania e ser proativo no autocuidado e no controle social (FARIA *et al.*, 2010).

Dentre esses profissionais cabe papel de destaque o enfermeiro como referencial da equipe e responsável por: gerenciar e prestar apoio à equipe de enfermagem; orientar e acompanhar o ACS; realizar ações de vigilância epidemiológica bem como investigação, notificação e acompanhamento; realizar consultas em programas específicos: pré-natal, puericultura, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde mental, saúde da mulher, hipertensos, diabéticos, doenças infectocontagiosas entre outras consultas, atendendo à população sob sua responsabilidade; realizar procedimentos privativos do enfermeiro; gerenciar recursos disponíveis, bem como identificar insumos necessários para serem solicitados; providenciar educação permanente à equipe e mais uma gama de atribuições (BRASIL, 1986; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Todavia, Santos e Duarte (2008) ressaltam que, apesar da grandiosidade de atribuições do enfermeiro na atenção básica, esse, muitas vezes é invisível pela comunidade. Os usuários dificilmente sabem que o funcionamento de uma unidade depende de alguém que coordena, orienta e direciona a ação dos demais membros da equipe, sendo o enfermeiro o ocupante desse papel na maioria das vezes. Apesar dessas nuances não devemos ficar alheios ao fato de que a equipe de enfermagem tem vasto contato com o usuário do serviço diariamente, o que lhe possibilita ter uma idéia geral do perfil epidemiológico e social de sua comunidade.

Faria *et al.* (2009) afirmam que precisamos saber não apenas nas condições em que vivem as pessoas, mas o valor atribuído por elas, às doenças, assim como os fatores que determinam,

condiciona e mantém o aparecimento dessas enfermidades. Diante desse contexto o trabalhador de saúde deve manter-se sempre em posição de acolhimento para com o usuário. Dessa maneira inicia-se a escalada do primeiro degrau rumo à construção e consolidação do elo fundamental para a relação de confiança, ou seja, o vínculo, tão indispensável, entre o cidadão e o seu cuidador.

Entretanto, no verdadeiro processo de educação, o educador deve ir além dos conteúdos teóricos, deve ensinar o educando a pensar certo, considerando o inestimável valor da identidade cultural do outro. Deve criar possibilidades para que o outro produza ou construa o próprio conhecimento. E nesse método os educandos e educadores vão se transformando, se reinventando e se recriando e o indivíduo torna-se sujeito da sua autonomia (FREIRE, 2003).

Nessa mesma linha de raciocínio, Souza *et al.* (2004) ressaltam que para estabelecimento de vínculos, o trabalho em saúde deve sobrepor-se ao atendimento procedimento-centrado. E o trabalho em grupos vem como uma opção de mudança do modelo tradicional centrado no biológico. Assim abre-se espaço para o estabelecimento de trocas e relação mútua de confiança.

5.4 Como estimular o empoderamento e o exercício da cidadania e de que maneira a consciência crítica provoca repercussão na saúde mental dos usuários.

[...]quanto mais me assumo como estou sendo[...]mais me torno capaz de mudar, de promover-me, no caso de curiosidade ingênua para o de curiosidade epistemológica. Não é possível a assunção que o sujeito faz de si numa certa forma de estar sendo sem a disponibilidade para mudar [...] Por outro lado a assunção vai se fazendo cada vez mais assunção na medida em que ela engendra novas opções, por isso mesmo em que ela provoca ruptura, decisão e novos compromissos (FREIRE, 2003, p.39-40).

O grupo é um espaço para ações educativas, onde se espera que ocorra aprendizado. Nesse contexto o profissional de saúde deve estar atento e sensível para a escuta ativa de cada membro, sem juízo de valor, respeitando suas limitações, crenças, experiências e identidade cultural (PEREIRA e VIANA, 2009).

Para Souza *et al.* (2004), pessoas que buscam um serviço de saúde mental necessitam muito mais do que um medicamento. Buscam ser ouvidas, entendidas em sua essência e respeitadas. Em pesquisa realizada com mulheres acompanhadas em um Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS) em Fortaleza foi constatada uma diminuição dos níveis de ansiedade entre as participantes do grupo, demonstrando o poder de influência de um grupo na saúde mental do indivíduo. Porém é visto como entrave a pouca dedicação dos profissionais enfermeiros no tocante à metodologia de pesquisa do tema e tampouco à sistematização da assistência desvinculada do modelo biologicista tradicional.

À medida que o usuário participa efetivamente das atividades compartilhadas na elaboração do plano terapêutico, especialmente dos grupos, percebe-se uma conformidade no sentido de adaptação, emancipação e reabilitação. Verifica-se aí uma conquista da autonomia onde o sujeito é capaz de caminhar, além de constituir referência para o outro. Surge daí características estimulantes para a construção de um novo cenário da saúde, objeto almejado por todas as instâncias da sociedade (SOUSA, PINTO e JORGE, 2010).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Partindo da análise dos dados identificados no diagnóstico situacional em relação à saúde mental e ao baixo número de atividades em grupos na comunidade optou-se por elaborar um plano de ação com eixo estruturante baseado na atuação multissetorial e interdisciplinar. Com a análise dos dados, fica evidenciado que a comunidade Aquarela é atípica dentro da abrangência da Unidade Caiuá. Outra evidência é que os problemas relacionados à saúde mental encontram-se num emaranhado de “nós” que só podem começar a ser desvelados a partir de uma forte interação entre os diversos setores políticos e da sociedade com a comunidade local. Tal afirmativa baseia-se na árvore explicativa abaixo (Fig 1).

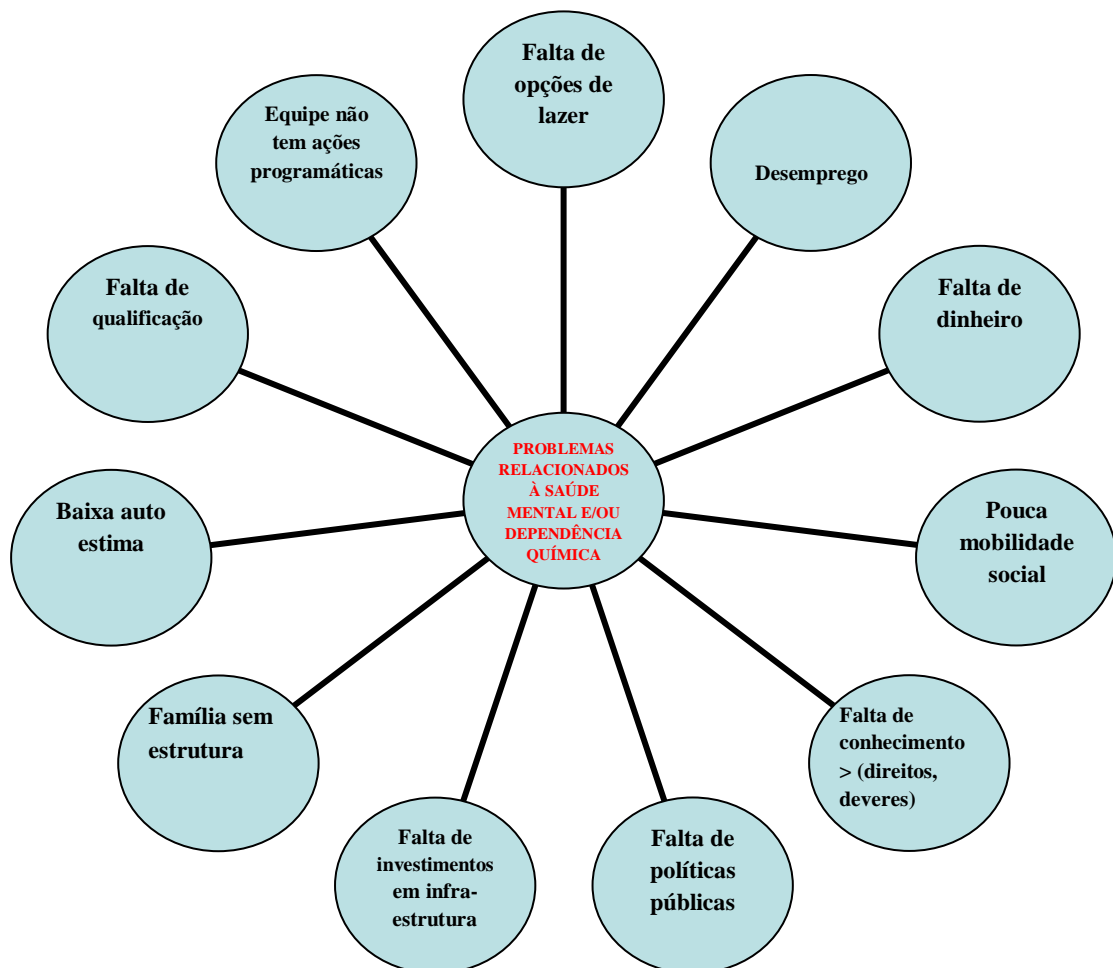


Fig. 1 – Árvore explicativa das possíveis causas/efeitos relacionados aos problemas em saúde mental e/ou dependência química

6.1 Explicando o problema

Os problemas não são do mesmo tipo podendo ser classificados como intermediários e finais (ou terminais), sendo que os problemas intermediários devem inevitavelmente ser enfrentados para alcançar os problemas finais. Ainda numa segunda classificação, os problemas podem ser divididos em níveis, considerando a determinação social sobre o indivíduo (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). Alguns são passíveis de enfrentamento e outros são inerentes à existência do ser, assim pode-se inferir que a problemática em saúde mental da comunidade Aquarela contempla as seguintes divisões:

- **Nível individual**
 - Existem pessoas
 - As pessoas têm o livre arbítrio em suas escolhas
 - Auto estima baixa
 - Falta capacitação/formação específica
- **Nível social**
 - Nível de informação
 - Comunidade não tem mobilidade social
 - Aumentou a população da Abrangência Local (realocação)
 - Pouco dinheiro
- **Nível Programático**
 - Falta de investimento público em opções de lazer
 - Aumento do número de pessoas portadoras de transtornos mentais e dependência química
 - Equipe saúde da família não tem ações programáticas para essa demanda - atende apenas a demanda espontânea/o agudo
 - Demanda complexa e ampla para equipe de saúde da família dar conta sozinha

Esse complexo cenário provoca sofrimento na comunidade e por diversas vezes, provocou em mim sensação de impotência total para realização do trabalho da minha equipe. Observando essa mesma sensação nos gestores e trabalhadores locais do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e da Secretaria Municipal de Educação (SME) e, a partir do entendimento da capacidade de mudança inerente ao ser humano, objetivou-se tentar uma atenção diferenciada a essa comunidade com nova tecnologia de abordagem. Depreende-se que dos problemas discriminados, alguns são passíveis de interferência.

Observa-se que o exercício da cidadania é precário nos países em desenvolvimento, sobretudo no Brasil. Nessa perspectiva a lógica orienta a necessidade do envolvimento de vários setores da sociedade numa ação multissetorial, interdisciplinar objetivando uma abordagem integral e resolutiva conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva procurou-se uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) através da Unidade de Saúde (US) Caiuá com a SME por intermédio da Escola Municipal Colônia Augusta que atende às famílias da comunidade Aquarela e com o CRAS São José que também assiste à comunidade.

6.2 Objetivos

Objetiva-se com esse projeto de uma maneira geral estimular no usuário a autoestima, autonomia, protagonismo social e o autocuidado promovendo a melhora da saúde mental.

Assim têm-se como objetivos específicos:

- Diminuir o agravamento e/ou internamento de portadores de Transtornos Mentais e Dependência Química;
- Aumentar o vínculo da população com a Equipe de Saúde da Família, CRAS e Educação;
- Valorizar a sabedoria popular estimulando o protagonismo social;
- Proporcionar o empoderamento (autonomia) da comunidade para enfrentar os problemas relacionados a transtorno mental e dependência química;
- Viabilizar possibilidades de prevenção aos transtornos mentais e dependência química.

6.3 Metodologia

6.3.1 Público Alvo

As ações estarão voltadas para as famílias atendidas pelo CRAS e SME que possuem membros portadores de transtornos mentais diversos e/ou dependência química, ou seja, famílias com grande vulnerabilidade social residentes na área de realocação denominada Aquarela.

6.3.2 Local, datas e duração

As atividades serão realizadas na capela da igreja católica localizada na comunidade. O local foi escolhido intencionalmente por localizar-se dentro da comunidade, o que teoricamente facilitaria a adesão dos usuários em virtude da proximidade da residência, sendo que as datas serão a partir do dia 03/01/2013.

6.3.3 Como fazer

A metodologia utilizada será a realização de rodas de conversas inspirada no método de alfabetização de Paulo Freire, partindo do pressuposto de que ninguém é mais culto do que outro por ter um curso superior ou doutorado, mas que todos são sujeitos autônomos com potencialidades, dotados de saber e que ensinando se aprende a aprender e aprendendo se aprende a ensinar (FREIRE, 2003).

No tocante ao mecanismo para composição inicial do grupo, os sujeitos serão selecionados em conjunto com as demais instâncias (CRAS e Escola), com discussão prévia dos casos. O critério de seleção será aquelas famílias com maior nível de vulnerabilidade social e com transtorno mental e/ou dependência química, visivelmente de difícil manejo com a prática tradicional da equipe. Feito isso, serão enviados convites àquelas famílias selecionadas.

Os convites serão entregues pela ACS uma semana antes do encontro. Salienta-se que o objetivo do grupo será explicado apenas na ocasião do encontro, ficando o dia do convite restrito a informar que é um grupo de saúde mental. Concensualizou-se assim visando prevenir pré-concepções a respeito da atividade, que, por conseguinte poderia desestimular a participação.

Em cada encontro ficará um profissional responsável por ser mediador e organizador do evento, sendo que o primeiro será elaborado pela Equipe C da Unidade de Saúde Caiuá, o subsequente ficará a cargo do CRAS e o posterior a cargo da SME, sendo a sequência em ciclo, porém sempre terá um representante de cada instituição como observador.

No processo de construção das rodas de conversa buscar-se-á, de uma maneira lúdica e descontraída, identificar como os usuários vêem as questões de transtorno mental. Assim como visualizam o enfrentamento dessa problemática, sendo estimulada a troca de

experiência entre eles com intuito de identificar as diferentes percepções e atitudes acerca do assunto. Dessa forma, realiza-se uma roda onde tem um coordenador que direciona as discussões, mas todos têm o mesmo grau de importância no grupo e todas as opiniões são respeitadas.

Os encontros não terão uma pauta única para o dia, sendo conduzido sempre em consonância com os temas pertinentes levantados pelo grupo, entretanto as perguntas que envolvam questões técnicas deverão ser respondidas pela equipe profissional. Quando se observar necessidade de aprofundamento em algum tema específico empregar-se-á recursos áudio visuais, como cartazes, álbum seriado, multimídia, folders no encontro subsequente ou em encontro extra, conforme consenso compartilhado com o grupo.

No início da conversação realiza-se a pactuação de horários, respeito às opiniões, manter celulares desligados, não interromper a fala do colega, não ser o único a falar, entender que todos nós sempre temos algo a aprender e a ensinar. Ao final, é disponibilizado um momento para que os participantes manifestem suas avaliações sobre a roda de conversa e sugerido que reflitam, em suas casas, sobre as avaliações, compartilhando num próximo encontro as novas considerações, se existirem.

A seguir são apresentadas a descrição das operações e a planilha de acompanhamento do plano de intervenção nos quadros 1 e 2, tomando como referencial o “nó-crítico”: Problemas Relacionados à Saúde Mental e /ou Dependência Química.

6.4 Descrição das operações

A Equipe C da Unidade de Saúde Caiuá, localizada no Município de Curitiba, propôs, a partir da seleção do “nó-crítico” a ser trabalhado, as operações necessárias para sua solução, os recursos necessários, as instituições parceiras, os resultados esperados e a periodicidade do projeto.

Considerando a complexidade dos resultados esperados, torna-se indispensável a parceria com outras instâncias do governo num trabalho multissetorial e interdisciplinar.

A descrição das operações do projeto está expressa no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das operações do projeto

Nó Crítico	Proposta/ação	Público alvo	Recursos necessários	Instituições Apoiadoras /Atores Envolvidos	Resultados Esperados	Periodicidade
Problemas relacionados à saúde mental e dependência química	Roda de conversa	Famíliares e portadores de transtorno mental e dependência química	<p>Recursos críticos – articulação política multissetorial e interdisciplinar.</p> <p>Recursos humanos</p> <p>Recursos materiais: (espaço físico, cadeiras, mesas, folders, canetas, papéis, cartazes, multimídia, copos, guardanapos, tesouras).</p>	<p>SMS – US Caiuá – Enfª Joelma</p> <p>SME – E.M. Colônia Augusta – Diretora Elizabeth</p> <p>CRAS – São José – Solange e Adriano</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o agravamento e/ou internamento de portadores de Transtornos Mentais e Dependência Química; - Aumentar o vínculo da população com a Equipe de Saúde da Família, CRAS e Educação; - Valorizar a sabedoria popular estimulando o protagonismo social; - Proporcionar o empoderamento (autonomia) da comunidade para enfrentar os problemas relacionados a transtorno mental e dependência química; - Viabilizar possibilidades de prevenção aos transtornos mentais e dependência química. 	Mensal – toda 1ª quinta-feira do mês às 14:00hs

6.5 Planilha de acompanhamento do indicador

Valorizando a diversidade e complexidade de causas relacionadas ao nó-crítico selecionado, depreende-se a necessidade de se elencar indicadores para avaliar a eficácia e efetividade do projeto. Para tanto, optou-se por monitoramento dos internamentos psiquiátricos da área da abrangência da Equipe C, realizando uma análise sequencial das ocorrências tendo com parâmetro o prazo mínimo de 01 ano, conforme especificado no Quadro 2.

Quadro 2. Planilha de acompanhamento do projeto

Indicador (Internamentos)	Ano anterior (2011)	Momento atual	Em 01 ano Após início do projeto	Em 02 anos Após início do projeto
Por agravamento de transtorno mental				
Devido uso/abuso de substâncias químicas				
(%) na comunidade Aquarela – Equipe C				
Total da Unidade				

7 CONSIDERAÇÕES GERAIS

No presente trabalho identificou-se que do ponto de vista pedagógico existe quase um consenso de que a abordagem grupal é um mecanismo efetivo para a assistência à saúde, principalmente no campo mental. Contudo depreende-se a necessidade de um preparo metodológico, teórico e prático do coordenador, viabilizando um desempenho favorável e satisfatório para se manter o grupo funcionante e resolutivo, sendo tão importante quanto o estabelecimento do vínculo profissional/equipe-usuário.

Nesse contexto, insere-se também a exigência de envolvimento, interesse e preparo dos profissionais de saúde de toda a equipe, assim como o conhecimento do espaço de atuação, a realidade da comunidade local como as características sociais, culturais, religiosas, psíquicas, situações de adoecimento e anseios de sua comunidade.

Ideologicamente no cenário da atenção básica em saúde da família, o enfermeiro pode ser o principal articulador para a implantação das tecnologias de abordagem do indivíduo e sociedade, valorizando a sabedoria popular, rumo à construção da autonomia e cidadania estimulando o protagonismo social do indivíduo, tendo total competência para tal.

O grupo propicia ao profissional a visualização do sujeito de uma maneira holística, considerando os determinantes sociais e todo o seu contexto à medida que possibilita o empoderamento do indivíduo por meio da introspecção e o encontro de respostas pessoais para o enfrentamento de suas angústias.

Espera-se que esse projeto se apresente como uma possibilidade de implementação de nova estratégia de promoção, transformação e autonomia do sujeito na Atenção Básica em Saúde da Família, especialmente nos casos relacionados ao transtorno mental e/ou dependência química, sendo mais um recurso a ser somado na prática atual do enfermeiro em ESF com impacto nos indicadores de internamentos psiquiátricos.

Outrossim, observa-se claramente, conforme biografia consultada, a necessidade de uma melhor articulação do referencial teórico com a atividade prática e as organizações sociais, assim espera-se que esse plano de ação sirva de estímulo para o norteamento de pesquisas futuras voltadas para a realização de grupos na Atenção Básica em Saúde da Família tendo o

enfermeiro como referencial. E assim ocorra uma aproximação da teoria com a prática e do pesquisador com os sujeitos pesquisados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY**, v. 171, p.524-529, 1997. RESUMO. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/cgi-bin/wxis/?IsisScript=ceabsf_print.xis&search_list=0000001151

ALMEIDA FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre de desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.3, n 83, p.349-370, set/dez 2009. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/file/SDv33n83.pdf>.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. http://www.corenpr.org.br/legislacao/lei_10_507.html

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. http://www.corenpr.org.br/legislacao/decreto_94_406.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

BRASIL. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&nrm=iso

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

FARIA, Horácio Pereira de *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010. 68p.

FARIA, Horácio Pereira de *et al.* **Processo de Trabalho em Saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte:

Coopmed, 2009. 68p. Disponível em:
<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social de saúde. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83. p.380-387. Rio de Janeiro, RJ. Set/dez. 2009. Disponível em:
<http://www.cebes.org.br/media/file/SDv33n83.pdf>

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

GONÇALVES, Luana Giatti. **Desemprego, trabalho sem proteção social e saúde: uma análise do indivíduo e do contexto**. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008. 101p. Disponível em:
ftp://ftp.medicina.ufmg.br/cpg/programas/saude_publica/teses/Luana_Goncalves08.pdf

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Educação em Saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. bras. enferm.**, v.63, n.3, p.397-403, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a08v63n3.pdf>

NAKAMURA, E. **Antropologia**. In: ASSUMPTÃO JUNIOR, F.; KUCZYNSKI, E. (Organizadores). Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 59-62 *apud* MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Educação em Saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. bras. enferm.**, v.63, n.3, p.397-403, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a08v63n3.pdf>

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Mundial sobre determinantes da Saúde**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:
http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf Acesso em: 22 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion**. Ottawa, 21 November 1986-WHO/HPR/HEP/95.1. [on-line] Disponível em:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>> Acessos em 11 out. 2012.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Políticas públicas e determinantes sociais: o desafio da produção e uso das evidências científicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27 Sup 2:S135-S140, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27s2/02.pdf>

PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paulo Cambraia de Mendonça. **Saúde Mental**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2009. 75 p.

SANTOS, Anny Cristinny Miranda dos; DUARTE, Rita de Cássia. **A construção de linhas de cuidado na Estratégia Saúde da Família: dando voz aos Usuários**. p.201-210. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2008.

SOUSA, Djanira Luiza Martins de; PINTO, Antonio Germane Alves; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza- Ceará. **Texto contexto - enferm.** [online], v.19, n.1, p. 147-154, 2010. ISSN 0104-0707. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000100017&script=sci_arttext

SOUZA, Ângela Maria Alves e *et al.* Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. **Texto contexto - enferm.** [online], v.13, n.4, p. 625-632, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400016&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400016>.

Prontuário eletrônico e-saúde/julho/2012 – Disponível em: <http://esaude.curitiba.pr.gov.br/PortalSaude/portal.do?formAction=init&v=2>

SIAB 2010 – Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=03>