

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA- UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM**

**KATHARINA SHIRLEY AMÂNCIO JUSTO SOARES**

**GRUPO DE PROMOÇÃO À SAÚDE:  
ESTRATÉGIA DE ARTICULAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA  
SAÚDE MENTAL**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA- UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM**

**KATHARINA SHIRLEY AMÂNCIO JUSTO SOARES**

**GRUPO DE PROMOÇÃO À SAÚDE:  
ESTRATÉGIA DE ARTICULAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA  
SAÚDE MENTAL**

Monografia apresentada ao Curso de especialização em linhas de Cuidados em Enfermagem na área psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Lucilene Cardoso

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **GRUPO DE PROMOÇÃO À SAÚDE: ESTRATÉGIA DE ARTICULAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA SAÚDE MENTAL** de autoria da aluna **Katharina Shirley Amâncio Justo Soares** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Psicossocial

---

**Profa. Dra. Lucilene Cardoso**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

**FORTALEZA-CEARÁ**  
**2014**

## DEDICATÓRIA

*“Não basta ter belos sonhos para realizá-los. Mas ninguém realiza grandes obras se não for capaz de sonhar grande. Podemos mudar o nosso destino, se nos dedicarmos à luta pela realização de nossos ideais. É preciso sonhar, mas com a condição de crer em nosso sonho; de examinar com atenção a vida real; de confrontar nossa observação com nosso sonho, de realizar escrupulosamente nossa fantasia. Sonhos acreditem neles”.*(Lenin)

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter concedido coragem e força.

A minha família pelo grande incentivo a prosseguir nessa jornada.

A todos os mestres do curso, que nos levaram ao caminho dos ensinamentos que é difícil e obscuro, mas o difícil foi nos conduzir de maneira clara e sutil por esse caminho e esse mistério vocês alcançaram. Em especial a tutora Prof. Murielk pelo incentivo, dedicação e apoio.

Meu agradecimento especial a Prof. Lucilene, pela orientação do trabalho, estímulo e apoio.

Aos amigos e colegas de turma onde juntos conseguimos chegar ao nosso ideal.

Expresso a minha profunda consideração a todos aqueles que, direto ou indiretamente, tornaram possível a construção desse trabalho.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>3METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>4REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>7CRONOGRAMA.....</b>	<b>36</b>
<b>8REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

<b>Figura 1.</b> Bairros de Fortaleza por Regional de Saúde.....	<b>26</b>
<b>Figura 2.</b> Fachada do C.S.F. Maurício Mattos Dourado.....	<b>27</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Entidades Presentes na área adscrita do CSF Maurício Mattos Dourado.....	<b>27</b>
<b>Quadro 2.</b> Equipe de Saúde da Família 1-VERDE.....	<b>28</b>
<b>Quadro 3.</b> Equipe de Saúde da Família 2-AZUL.....	<b>28</b>
<b>Quadro 4.</b> . Equipe de Saúde da Família 3- AMARELA.....	<b>29</b>
<b>Quadro 5.</b> Equipe de Saúde da Família 4- ROSA.....	<b>29</b>
<b>Quadro 6.</b> Equipe de Agentes Comunitários de Saúde- LÍLAS.....	<b>29</b>



## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira que teve como diretrizes a desinstitucionalização, desospitalização e garantia dos direitos dos doentes mentais. A Organização Mundial de Saúde recomenda que as redes de atenção psicossocial ocorram com ênfase na atenção básica (TENÓRIO, 2005; OMS, 2001). A vinculação da saúde mental à atenção básica tem que acontecer o mais precoce possível, buscando implantar estratégias inovadoras que melhor articule a rede. Portanto este estudo propõe-se a criação de grupo de promoção da saúde mental na atenção básica. O Projeto de intervenção será desenvolvido na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Maurício Mattos Dourado, no bairro Edson Queiroz no município de Fortaleza-CE. Os sujeitos da intervenção serão os usuários de ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos/ neurolépticos e estabilizadores do humor. O Plano de ação para implantação do grupo será estruturado e dividido em quatro etapas: primeira etapa- Treinamento específico em saúde mental para todos os profissionais da UAPS; segunda etapa- Cadastramento dos pacientes com transtorno mental que serão possíveis participantes do grupo; terceira etapa- Implantação do grupo de promoção à saúde mental e quarta etapa- Avaliação do processo de implantação do grupo de promoção à saúde mental. Com o estudo espera-se qualificação profissional, aquisição de novos conhecimentos e melhor qualidade no atendimento aos pacientes com transtornos mentais na Estratégia Saúde da Família. O grupo é uma excelente estratégia de promoção da saúde e fortalece a articulação da rede de atenção primária e da saúde mental.

## 1.INTRODUÇÃO

O movimento de Reforma Sanitária brasileira ocorreu no final da década de 70, que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde que possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi promulgado na Constituição de 1988. Desde então, o sistema de saúde brasileiro vem incorporando conceitos de promoção e prevenção à saúde, bem como os princípios do SUS.

Dentre os princípios do SUS tem-se: a universalidade, que é a garantia de atenção à saúde a todos os cidadãos; a equidade, que consiste em oferecer serviços de forma a beneficiar quem mais precisa deles e a integralidade, que percebe o indivíduo como um todo, integral, em suas necessidades biológicas, psíquicas e sociais. (BRASIL, 1990; 2000).

As mudanças relacionadas ao sistema de saúde, na década de 70, ocorreram em um cenário mundial de grandes reflexões acerca dos direitos humanos que fomentaram muitos movimentos sociais no país. Sendo que é nesta década também que tem início o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A reforma psiquiátrica brasileira teve como diretrizes a desinstitucionalização, desospitalização e garantia dos direitos dos doentes mentais, enunciadas na Conferência de Caracas. Para tanto, foi proposto um novo paradigma para a assistência em saúde mental, não mais centrado na hospitalização e modelo médico. Assim, a assistência em saúde mental deixava de ter os manicômios com serviços essenciais, para oferta de cuidados em uma rede de serviços substitutivos, inseridos na comunidade, tendo a rede de serviços do SUS a estes integradas e trazendo as famílias e sociedade como coparticipes para promoção da saúde e cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Para a reinserção da saúde mental na área mais ampla da saúde geral, assumindo não apenas o cuidado curativo, mas também um caráter preventivo e de atenção integral à saúde mental foi criada uma rede substitutiva de assistência aos transtornos mentais: os centros de atenção psicossociais (CAPS), as residências terapêuticas (RT), os hospitais dias (HD) e integrada à atenção básica, com ênfase numa assistência ressocializadora (OPS, 1991; Secretaria Municipal de saúde de Campinas, 1991 e BRASIL, 2003).

A Atenção Básica, por sua vez, foi estruturada pela criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, como proposta do governo federal brasileiro para reversão do modelo assistencial até então vigente, no qual predominava o atendimento emergencial ao doente e desconsiderava ações preventivas. A partir de 2006, este programa passou a ser considerado a

estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organização da Atenção Básica para garantir acesso universal e de qualidade a população, reafirmando ainda os princípios do SUS e conseqüentemente também aqueles conquistados pela Reforma Psiquiátrica (ROSA, LABATE, 2005).

Atualmente denominado como de Estratégia Saúde da Família (ESF), o PSF constitui-se em serviços de saúde, inseridos estrategicamente em diversos pontos da comunidade, atuando em um território geograficamente definido, com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, dentista, auxiliares de enfermagem, atendente de consultório dentário e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2007). Sendo assim um serviço essencial para a assistência em saúde mental.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que a assistência à saúde mental se desenvolva considerando a organização as redes de atenção psicossocial, com ênfase na atenção básica e na organização de ações de saúde no contexto comunitário (TENÓRIO, 2005; OMS, 2001). No entanto, tem-se percebido que as ações em saúde mental no âmbito da atenção básica ainda caminham em passos lentos. Ocorre ainda dificuldade da inclusão da saúde mental na atenção básica, o que pode estar relacionado a muitas dificuldades como a definição das políticas de saúde mental na atenção básica e a reorganização dos processos de trabalho das equipes saúde. Para que se efetive a implementação dessa nova política integradora entre diferentes serviços e áreas do cuidado à saúde é necessária articulação intersetorial e capacitação dos profissionais, sendo importante destacar a importância das ações em saúde mental, para que o princípio da universalidade possa ser preservado (AMARAL, 1997).

A vinculação da saúde mental à atenção básica tem que acontecer o mais precoce possível, pois são as equipes de saúde da família que conhecem a realidade local, tornando mais compreensível o contexto que cerca o portador de transtorno mental. E principalmente, por ser a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a porta de entrada para o sistema de saúde e a consolidadora da assistência na atenção básica.

Além disso, parte-se da realidade que um grande número de problemas, em saúde mental ou em outras áreas, possa ser resolvido nesse nível de assistência, sem a necessidade de serem referidos para outros níveis. De acordo com Onocko- Campos et al (2012) a articulação entre redes de Atenção Primária e de Saúde Mental é preciso à efetiva implantação de estratégias de promoção à saúde. Assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes de saúde da família se apresentam como um recurso para a ressocialização do portador de transtorno mental.

Como enfermeira da ESF percebo que na minha prática diária que muitos pacientes procuram o serviço de saúde com muitas queixas, porém com ausência de patologias físicas, procurando desenvolver um diálogo pessoal e confidencial de sua vida pessoal, bem como são usuários que estão constantemente na unidade de saúde. Sendo possível ainda observar situações de identificação de sintomatologia de caráter psicossomático, além do uso corriqueiro de psicofármacos. Com isso percebi a urgente necessidade de implementar alguma atividade para a assistência em saúde mental na unidade de Estratégia de Saúde da Família e serviços da Atenção Básica. Outro problema observado no serviço é a carência de um controle ou plano de cuidados e intervenção para estes pacientes que fazem uso de psicofármacos, nas equipes de saúde não háesse controle bem definido.

Frente a este contexto ao qual estou inserida, de total inexistência de ações específicas em saúde mental, comecei a questionar-me o que poderia ser feito para gerar um espaço de promoção da saúde mental na unidade de saúde? Como assistir este usuário com mais qualidade? Como poderia acolher esse usuário na unidade? Com todos estes questionamentos a responder, deparei-me com a possibilidade de realizar grupo de promoção da saúde mental.

Sobre grupos de promoção à saúde, os usuários dos grupos acreditam que as participações nos grupos propiciam melhor atendimento da equipe, reforçam a importância e a necessidade de serem ouvidos como “pessoas” etanto os usuários como os familiares enfatizam a importância da escuta dos profissionais da saúde mental no tratamento. (ONOCKO-CAMPOS et al, 2012).

Na busca de implantação de estratégias inovadora e melhor articulação da atenção básica e da saúde mental este estudo propõe-se a criação de grupo de promoção da saúde mental na UAPS Maurício Mattos Dourado.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Elaborar uma proposta para criação de um grupo de promoção à saúde mental direcionado aos pacientes com transtorno mental da Unidade de Atenção Primária à Saúde Maurício Mattos Dourado no município de Fortaleza- CE.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar um diagnóstico da realidade do serviço e descrever suas principais características;
- Desenvolver uma proposta para implementação de um grupo de promoção a saúde mental no serviço;
- Descrever os objetivos e procedimentos necessários para a implementação de um grupo de promoção a saúde mental no serviço.

### **3. METODOLOGIA**

Este trabalho foi desenvolvido considerando a realidade local do serviço de saúde no qual a pesquisadora atua: Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Maurício Mattos Dourado, no bairro Edson Queiroz no município de Fortaleza-CE. A população adscrita da unidade é de 23.760 habitantes. Os sujeitos da intervenção serão os usuários de ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos/neurolépticos e estabilizadores do humor.

A unidade de saúde é composta por quatro equipes da estratégia saúde da família (ESF) e uma equipe de agentes comunitários de saúde (EAC).

A proposta foi elaborada considerando os pressupostos legais e a atual Política Nacional de Saúde Mental. O Plano de ação para implantação do grupo será estruturado e dividido em quatro etapas:

- Primeira Etapa- Treinamento específico em saúde mental para todos os profissionais da UAPS
- Segunda Etapa- Cadastramento dos pacientes com transtorno mental que serão possíveis participantes do grupo
- Terceira Etapa- Implantação do grupo de promoção à saúde mental
- Quarta Etapa- Avaliação do processo de implantação do grupo de promoção à saúde mental

## **4. REFERÊNCIAL TEÓRICO**

### **4.1- A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

A Estratégia Saúde da Família (ESF), proposta pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, em especial da saúde da família. Tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando universalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. Pretende trabalhar com o modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais (FLORES, 2008). Uma equipe multiprofissional em serviços integrados à comunidade adstrita e territorializada para sua atuação desenvolvendo vínculos para o desenvolvimento dos processos de cuidado à saúde (VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F., 2009).

Com a criação da Estratégia Saúde da Família, proposta pelo Ministério da Saúde, a questão da educação em saúde começa a ter melhoras, pois muitos princípios mudaram e com adequado diálogo entre a equipe de saúde e a população moradora em cada território, foram-se reorientando as ações de saúde, com práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada.

É de grande importância para o profissional da saúde a estratégia da educação popular, pois assim podemos trabalhar a promoção da saúde. Com o Sistema Único de Saúde, o trabalho educativo necessitou ser repensado, e aí surgem novos sujeitos desse processo, a equipe da estratégia saúde da família, que pela própria política de trabalho, voltado para uma visão do ser humano contextualizado, no âmbito de condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, políticas e culturais, portanto esses sujeitos devem incorporar as ações educativas como inerentes ao seu trabalho onde estas devem ser direcionadas e eficazes.

No entanto, a grande dificuldade encontrada pelas equipes de saúde é que ao trabalharem em um modelo de atenção pautado em práticas curativas e hospitalocêntricas, com ênfase no atendimento médico e na visão biologicista da doença, condicionam sua prática educativa a ações que visam apenas modificar comportamentos inadequados. Ela é

centrada na prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, e a ação pedagógica privilegia a simples transmissão de conhecimentos pontuais.

As diretrizes da estratégia Saúde da Família tiveram como objetivo romper com o comportamento passivo das equipes de saúde e entender as ações de saúde para toda a comunidade. Suas ações deveriam ser interdisciplinares. Deveriam, pois se torna surreal para os profissionais fazer um atendimento adequado, com vínculo de compromisso e responsabilidade, enquanto que na realidade a demanda é bem maior do que preconiza o SUS, somando-se a essa realidade ainda temos gestores com mentalidades onde o importante são números de atendimentos, como se trabalhar a promoção da saúde nesse contexto o profissional estaria perdendo tempo deixando de fazer seus atendimentos. E muitas vezes, a promoção da saúde na prática é deixada de lado, onde se busca utilizar algumas técnicas que conforme Chiesa e Westphal (2010) as mais utilizadas são as palestras, organizadas sobre temas previamente definidos pelos técnicos, sem qualquer consulta ou adaptação às necessidades da população.

Em linhas bastante gerais, a ESF se estrutura tendo como base uma equipe multiprofissional que atua a partir da adscrição e territorialização da população atendida, possibilitando continuidade da atenção e a constituição de vínculos no processo de cuidado à saúde. Como indicado anteriormente, trata-se da principal estratégia adotada atualmente pelo Ministério da Saúde para investir na reorganização do processo de trabalho na atenção básica, bem como do modelo assistencial em seu conjunto, buscando superar, na linha dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, problemas históricos da atenção à saúde no Brasil, tais qual o acesso e a integralidade. Apenas a título de ilustração, o Ministério da Saúde informa, em seu site, que a cobertura das equipes de saúde da família aumentou de 35,7% no ano de 2003 para 46,6% no ano de 2007.

A diretriz da descentralização e hierarquização das ações e serviços de saúde consignada no SUS confere, à dimensão loco regional, um espaço privilegiado para a análise de experiências cuja implementação reflete a incorporação das estratégias substitutivas de cuidado às pessoas com transtornos mentais à rede de atenção básica (Brasil, 2007).

A proposta da organização da assistência é a inserção da saúde mental na área mais ampla da saúde geral (Secretaria Municipal de saúde de Campinas, 1991). Tendo como consequência o engajamento nas diretrizes da Reforma psiquiátrica, desinstitucionalização, desospitalização e garantia dos direitos dos doentes mentais (Conferência Nacional de Saúde



Mental, 1986). Dando, portanto um caráter de serviço preventivo e de atenção integral à saúde mental.

Para Campos (1992), reinserção social de quem apresenta transtornos mentais, exigiria que a rede básica de saúde fosse habilitada a interromper essa ciranda infernal de crise-internação-crise. A Declaração de Caracas reforça a ideia da reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à Atenção Primária à Saúde, permitindo a promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais, preponderando à manutenção do doente em seu meio social (Kalil, 1992).

Apesar do importante papel que os serviços de atenção básica assumem na concretização ou inviabilização da transformação do cuidado prestado aos portadores de transtornos mentais, alguns estudos revelam muitas dificuldades envolvidas. Dentre eles, Amaral (2000) onde revela que a rede básica de saúde em Campinas (SP) não tem contribuído para redução das reinternações, afastando o portador de sua rede social. Uma das causas são o não uso de recursos como oficinas e grupos e articulação intersetorial.

Conforme Amaral (1997) cita outras dificuldades encontradas pelas equipes de atenção básica relativa à definição das políticas de saúde mental, organização do processo de trabalho, definição de papéis dentro das equipes, articulação intersetorial que é uma necessidade para implementar a proposta da reforma psiquiátrica brasileira.

Pela Atenção básica constituir hoje a principal porta de entrada do sistema de saúde, ou seja, o elo mais próximo entre as unidades assistenciais, família e comunidade, isso reflete que o hospital psiquiátrico deixa de ser o componente central da atenção psiquiátrica e propõe que os serviços comunitários passem a ser o principal meio para o atendimento (BRÊNDA; AUGUSTO, 2000). Necessitando com isso de estratégias como grupos de promoção à saúde, dando ao doente mental oportunidade de desenvolver sua cidadania e a consciência do direito à vida em condições de dignidade.

#### 4.2 - SAÚDE MENTAL NO CAMINHO PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A história da saúde mental foi marcada por um tratamento centrado na internação, que com o passar dos tempos, é origem de críticas, principalmente às condições desumanas às quais os alienados mentais estavam submetidos. E essas mudanças que surgiram na psiquiatria fazem parte de um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas. Uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual

entre doente, terapeuta e sociedade, que gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais (NICÁCIO, 1989).

O objetivo, agora, não é mais a cura, mas a vida concreta do sujeito. Muda-se o objetivo, muda-se a terapia e a profissional idade. É o indivíduo vivendo que se apresenta ao serviço, para o qual não se tem resposta pronta à sua demanda. A profissional idade se expressa menos em termos de competências técnicas especializadas e muito mais como “capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidades e recursos de intervenção” (ROTELLI, 1990, p. 45).

Com o processo de reestruturação da atenção em Saúde Mental desde o final dos anos 70, que vem ocorrendo no Brasil, esse processo trouxe mudanças onde às pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico e seus familiares passaram a ter outras oportunidades e perspectivas para suas vidas, assim como os profissionais que atuam na área e os gestores da rede de saúde pública.

Com o movimento pela Reforma Sanitária houve mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde; na defesa dos princípios da saúde coletiva; pelo estabelecimento da igualdade na oferta dos serviços; na defesa da participação dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e de produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005a).

Nesse contexto, a partir de 1978, teve início o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), motivado por uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde então responsável pelas políticas de saúde mental (AMARANTE, 1995). O MTSM passa a protagonizar e a publicar essas denúncias, ressaltando a violência promovida nos manicômios; a mercantilização da loucura, principalmente pela oferta de assistência por muitos hospitais da rede privada; a produzir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo que privilegiava o hospital psiquiátrico como recurso central, e muitas vezes único, no atendimento às pessoas com transtornos mentais.

A década de 1980 caracterizou-se pela reorganização das forças atuantes no processo de reforma psiquiátrica. Naquele período, cabe destaque a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que se constituiu em um marco na história da saúde pública brasileira com a

formulação de proposições para um novo sistema de saúde. Dentre as principais inovações conceituais daquela Conferência pode-se ressaltar que: a saúde passou a ser compreendida como resultante de um conjunto amplo de condições de vida (alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente etc.) que, por sua vez, refletem o modo de organização social da produção e não como ausência de doenças; a saúde foi afirmada como Direito do cidadão e Dever do Estado.

Nessa 8ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceram-se também alguns princípios para o novo sistema de saúde: universalização do acesso à saúde; descentralização na gestão de serviços; democratização do sistema com a participação da população, inclusive na formulação e gestão da política de saúde; equidade em relação ao acesso e integralidade das ações (Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Essas ações foram seguidas de outras, no campo da psiquiatria houve a implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento 24 horas, de projetos de inserção no trabalho e, posteriormente, de criação de uma cooperativa de trabalho; de residência para os egressos do hospital; de projetos culturais e centro de convivência; e de associação de usuários e familiares. A experiência santista demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados capaz de substituir os hospitais psiquiátricos, de afirmação e garantia de direitos de cidadania e a exigência de produção de um novo lugar social para as pessoas com sofrimento psíquico.

A Lei 10.216 foi promulgada em 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Analisando-se a referida Lei, podemos observar que foram estabelecidos, pela primeira vez na história jurídica do país, o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos e a proteção das pessoas com sofrimento psíquico. Ainda em 2001, é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, convocada logo após a aprovação da Lei 10.216/01, cujo relatório final deixa claro que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica constituem a base fundamental da política pública do governo federal para o campo da atenção em saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica tem buscado a inserção social das pessoas com transtornos mentais e traz significativas possibilidades para um trabalho que considere a subjetividade e os recursos das pessoas em seus contextos socio-relacionais e que afirme seus direitos.

Embora ainda haja muito que fazer, a luta antimanicomial tem sido vitoriosa em muitos aspectos e, na verdade, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil permanece

inacabado. Dessa forma, necessitamos de mais serviços comunitários, maior articulação da rede de atenção psicossocial, melhor qualificação da atenção, maior corresponsabilização do cuidado, entre outras demandas. Assim, espera-se não apenas críticas à Reforma Psiquiátrica, como também, maior e melhor atuação de toda sociedade, de todos nós, atores desse cenário.

A desinstitucionalização é um marco teórico, político e assistencial, que está presente na política de saúde mental brasileira desde os anos 80. Amarante (1998) enfatiza que: a desinstitucionalização passa a ser um determinante na reorganização das ações e serviços de saúde mental. Prevê, até os dias atuais, um complexo processo de transformação que inclui a substituição dos hospitais psiquiátricos, a criação de condições de vida, moradia, trabalho e renda, além de rever concepções e práticas terapêuticas no âmbito da atenção em saúde mental e da sociedade.

A Reforma Psiquiátrica brasileira traz da experiência italiana a concepção de desinstitucionalização, que segundo Rotelli, De Leonardis e Mauri (1990), implica, em primeiro lugar, a renunciar a toda forma de reduzir e simplificar a problemática do sofrimento mental a uma fórmula única: problema-solução, causa-efeito ou diagnóstico-tratamento. Os autores propõem uma mudança de concepção e de prática ao confrontar as estruturas científicas e organizativas, já produzidas neste campo, e a existência concreta das pessoas em seu sofrimento e em suas relações com a vida social.

Neste sentido, a primeira forma da desinstitucionalização é uma mudança de objeto (da doença para a existência sofrimento dos pacientes) e uma ruptura de paradigma (do modelo manicomial para a intervenção social). O objetivo maior no processo de desinstitucionalização não é a cura, mas a produção de vida, de saúde e de sociabilidade.

De acordo com Pitta (1996, p.21), “A Reabilitação Psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados”. Portando nesses conceitos estão os pilares para a Reforma Psiquiátrica brasileira que ajudam na condução da política de saúde mental do Brasil em direção do cuidado na comunidade, da produção de cidadania e de laços sociais para todos. E nesse sentido enfatizando a importância de trazer o paciente para o mais próximo de sua realidade, estabelecendo laços sociais e familiares, onde a atenção primária deve ser a porta de entrada desses pacientes.

Diante desses novos conceitos para a política de saúde mental do Brasil, na década de 90, passam a entrar em vigor as primeiras regulamentações federais para a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e hospitais-dia. Entre elas destacam-se as Portarias 189/MS de 1991 e 224/MS de 1992 do Ministério da Saúde que tratam respectivamente do Financiamento Público para os Dispositivos Comunitários de Atenção em Saúde Mental e da Regulamentação dos CAPS e NAPS como Unidades Fundamentais da Rede Assistencial.

O desenvolvimento de ações de cuidado a saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde decorre da construção histórica do movimento de Reforma Psiquiátrica visando tanto à manutenção da pessoa com transtornos mentais no seu cotidiano, investindo-se em suas redes sociais e familiares, bem como a prevenção e promoção da saúde mental da população em geral.

Atualmente as políticas públicas brasileiras têm buscado articulares cada vez mais os serviços que dispensam cuidados a pessoas com transtornos mentais com a ampla rede de assistência de atenção básica através das equipes de saúde da família. Percebemos que os princípios da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária culminam na articulação da atenção básica e da saúde mental. A ESF por estar mais próximo da comunidade favorece a inclusão, a escuta e acolhimento dos pacientes com transtornos mentais.

Segundo o Ministério da Saúde (2003) as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica:

- noção de território;
- organização da atenção à saúde mental em rede;
- intersetorialidade;
- reabilitação psicossocial;
- multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- desinstitucionalização;
- promoção da cidadania dos usuários;
- construção da autonomia possível de usuários e familiares.

A Estratégia saúde da família constitui, portanto, um espaço privilegiado para a análise de experiências cuja implementação reflete a incorporação das estratégias substitutivas de cuidado às pessoas com transtornos mentais à rede de atenção básica, com desenvolvimento de intervenções diversificadas e inovadoras, tal como os grupos terapêuticos (Brasil, 2007).

#### 4.3 - GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE

A Carta de Ottawa defende a promoção da saúde como fator fundamental de melhoria da qualidade de vida, assim como defende a capacitação da comunidade nesse processo, salientando que tal promoção não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, mas é responsabilidade de todos, em direção ao bem-estar global. Por conseguinte, o documento estabelece, através de seus itens, alguns critérios que considera importantes no direcionamento das estratégias de saúde. Entre os pressupostos indicados são: Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Criação de ambientes favoráveis à saúde; Participação comunitária; Desenvolvimento de habilidades pessoais; Reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Portanto, a promoção da saúde vai além de um estilo de vida saudável, ela caminha na busca de um bem-estar global, individual e coletivo. O paradigma da saúde como qualidade de vida exige uma ação abrangente, que extrapola o setor saúde como único responsável. Faz-se necessária uma ação interdisciplinar e intersetorial, envolvendo os vários setores do poder público e, também, as organizações não governamentais, a iniciativa privada e a sociedade civil organizada, que devem trabalhar de forma integrada, sincronizada e planejada, possibilitando realizar diagnósticos e intervenções adequadas, dentro do contexto histórico-social da comunidade em que estejam atuando (BRASIL, 1988).

Cabe salientar que, nesta estratégia, é fundamental a participação da comunidade em todas as etapas do trabalho, ou seja, este deve ser realizado com a população e não para a população, possibilitando o fortalecimento de sua autonomia, resgatando-se valores de consciência social, solidariedade e fraternidade, porém sem missionarismo, autoritarismo e paternalismo (RODRIGUES, 2010).

Portanto os grupos de saúde mental busca fortalecer essa autonomia dos pacientes e familiares em relação aos cuidados e melhor independência, e assim estaremos promovendo

saúde, bem como empoderando esses pacientes. Santos et al (2006) referem esses grupos como instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde.

A promoção da saúde deve ser entendida como um progresso nas estratégias da saúde coletiva na medida em que sua abordagem desloca o foco do indivíduo para os atores coletivos como a cidade, a escola, a fábrica, o meio ambiente (SANTOS 2011). Diante disso a grande importância de grupos de saúde mental onde estamos buscando inserir o paciente dentro de sua comunidade.

Segundo Flores (2008) as ações educativas não eram vistas como prioridade na saúde e, e faz uma crítica porque quando praticadas, seu objetivo era domesticar as pessoas para obedecerem a normas de conduta.

Vimos que no apogeu do paradigma cartesiano e da medicina científica que a educação em saúde deveria acontecer para mudar comportamentos, na verdade impor às pessoas que estas deveriam mudar seus hábitos, ou seja, domesticar as pessoas. O grande enfrentamento do trabalho com grupos populares é a dificuldade de entendimento da linguagem e concepção de mundo dessas comunidades. Isso se deve à incompreensão dos trabalhadores da saúde sobre a forma como as pessoas das classes populares pensam e percebem o mundo. Por sua vez, as comunidades também não conseguem entender a lógica das equipes de saúde, e isso gera um descompasso extremamente grande entre o que pensam e sentem usuários e trabalhadores da saúde (MORIM, 2011). Mostrando a grande necessidade de buscar essa mudança de comportamento através do conhecimento de todo o contexto sociocultural e político em que vive essa população.

Essa situação suscitou críticas, sendo tema da X Conferência Nacional de Saúde, em 1996. As propostas formuladas enfatizaram a importância da formação dos trabalhadores da saúde orientada pelos problemas e necessidades sociais em saúde da população e pela mudança das relações entre profissionais e usuários, buscando o diálogo permanente com todas as formas de conhecimento, em especial com a cultura popular (BRASIL, 1996).

Portanto existiam muitas críticas sobre essa educação imposta. E não havia nenhuma dúvida que grupos de educação em saúde deve fazer parte do cotidiano dos trabalhadores da saúde, pois é uma estratégia fundamental para promover saúde, no entanto sabemos da grande dificuldade desses profissionais, pois muitos ainda enraizados em um modelo de atenção pautado em práticas curativas e hospitalocêntricas, com ênfase no atendimento médico e na

prescrição. Claro que nesse contexto as ações educativas serão voltadas somente para mudanças de comportamentos inadequados e ainda colocar para população a ideia que a falta de cuidado com sua saúde reflete nos problemas que esta apresenta. Sabemos que é necessário esse cuidado por parte dessa população, mas que a saúde está imersa dentro de muitos fatores, como moradia, saneamento, lazer, alimentação, acesso e muitos outros, portanto não podemos somente culpabilizar a população pelos seus problemas de saúde.

Uma definição freireana presentes no livro “Pedagogia do Oprimido”, em que as práticas educativas, com caráter assim puramente narrativo, consideram o educando como um simples depositário passivo de conhecimentos, sem uma relação dialógica entre educador e educando nem entre conteúdo e realidade. (PAULO FREIRE, 2000a).

Portanto o modelo convencional de educação, onde predomina a transmissão de informações, como é entendida por Freire, como uma educação bancária, é sinônimo para aquela educação em saúde pautada também na transmissão de conteúdo desordenado, sem nenhuma participação popular. Reibnitz e Prado (2006) complementam que nessa concepção o educador é quem sabe e os educandos nada sabem, portando o educador é sujeito do processo. Trazendo para a saúde, nesse contexto o profissional de saúde é quem sabe, e irá prescrever os cuidados e a população não sabe de nada, apenas ouve e cumpre o que lhe é determinado.

Para trazer para prática um grupo de promoção à saúde eficiente temos que ser sinônimo de uma educação libertadora, que segundo Reibnitz e Prado (2006), todos os envolvidos são responsáveis pelas transformações necessárias aos problemas vividos. Existe um diálogo aberto, no qual surgem as experiências dos profissionais e usuários, onde todos se educam. Aqui a população é um sujeito ativo, aprende fazendo e refletindo o que faz.

Portanto o grupo não deve ser normativo e centrado na culpabilização e, sim, deveria estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, assim, as informações sobre saúde e doença devem ser discutidas com os indivíduos e grupos populacionais para, a partir dessa reflexão, ser possível a opção por uma vida mais saudável.

Vista como prática social, os grupos passaram a ser repensado como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo (VASCONCELOS, 2008). Esse diálogo assume o pressuposto de que todos possuem



potencial para serem protagonistas de sua própria história, de que estão motivados para se organizarem e de que possuem expectativas sobre as possibilidades de mudança.

Para Santos et al (2006) os grupos de promoção à saúde é uma intervenção coletiva e interdisciplinar de saúde. Caracteriza-se com conjunto de pessoas que interagem cooperativamente promovendo saúde. Tem como principal objetivo potencializar a capacidade dos sujeitos, e mudanças de comportamento e atitudes direcionadas ao desenvolvimento da autonomia e enfrentamento das condições geradoras de sofrimento evitáveis/desnecessárias.

Nesse sentido, Mendonça (2009) traça as seguintes estratégias da ação educativa: a participação de todos os profissionais de saúde no processo de capacitação de indivíduos e grupos populacionais, para que possam assumir a responsabilidade sobre seus problemas de saúde; o entendimento de que os sujeitos desse processo têm percepções diferentes sobre a realidade social e que essas devem ser o ponto de partida da ação educativa; a participação popular e o fortalecimento do papel do serviço de saúde.

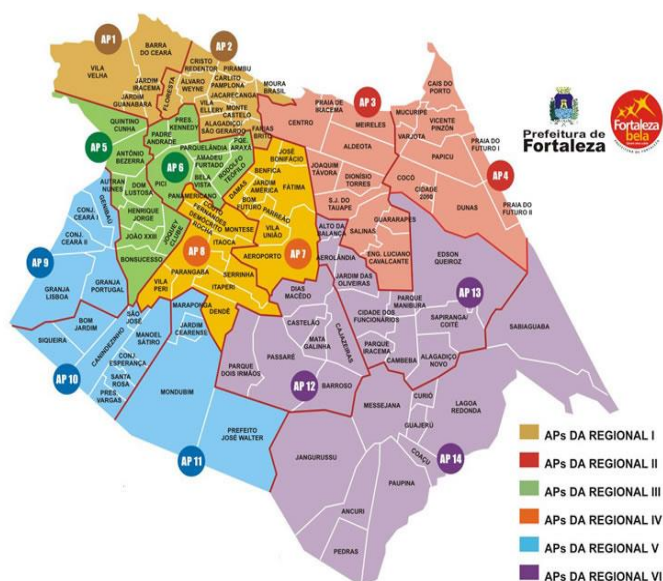
É um grande desafio para as equipes de saúde desenvolver um trabalho comprometido com a promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas. Precisam estar empenhados em conhecer a realidade dessas populações e incentivar a participação nos grupos terapêuticos, na busca por construção e fortalecimento de vínculos e estimulando os pacientes a buscar conhecimentos voltados à reflexão e conscientização, autonomia e autocuidado.

## 5. RESULTADOS

### 5.1-. DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

O Centro de Saúde da Família Maurício Mattos Dourado (CSF Maurício Mattos Dourado), é um equipamento de saúde pertencente ao Município de Fortaleza que está situado na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI) mais especificamente no Bairro Edson Queiroz.

Destacando a preocupação com as questões de cidadania, visto que só podemos pensar em uma **sociedade melhor** se tivermos educação de qualidade e um sistema de **saúde** que funcione. Através deste Centro de Saúde a Prefeitura de Fortaleza, garantiu a prestação de uma assistência de maior qualidade à comunidade local.



**Figura 1:** Bairros de Fortaleza por Regional de Saúde

A Universidade de Fortaleza- UNIFOR que é a maior parceira no que se refere ao ensino- serviço. Com a agregação dos cursos do Centro de Ciência da Saúde, os quais têm disciplinas de estágio no CSF, atuando de forma individual, coletiva, ambulatorial e em loco - na comunidade, através de visitas domiciliares. As maiores partes dos alunos presentes são dos Cursos de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Medicina. Destaca-se também a colaboração na administração da Farmácia, hoje localizada no Núcleo de Atenção Médica Integrada- NAMI, tanto no que se refere à infraestrutura como recursos humanos, garantindo a presença de um Farmacêutico responsável e demais funcionários. A parceria também contemplou a obra da tão sonhada Farmácia-Viva, que hoje é almejada por todos os serviços de saúde no Brasil; demonstrando que o trabalho em conjunto gera resultados positivos.

Tem-se um hoje um centro de saúde modelo que melhorou o atendimento à população e a SER VI ganhou mais um instrumento público de qualidade, graças ao convênio que foi firmado com a UNIFOR - uma parceria muito positiva.

- Caracterização do Centro de Saúde da Família Maurício Mattos Dourado



**Figura 2:** Fachada do C.S.F. Maurício Mattos Dourado

**Quadro 1-** Entidades Presentes na área adscrita do CSF Maurício Mattos Dourado

ONG's	04
Creches	05
Instituições Religiosas	25
Escolas	07
Centro Comunitário	02
Filantrópica	01

- Quadro de Pessoal

Equipes da Estratégia Saúde da família (ESF) e Estratégia Agente Comunitário de Saúde (EACS)

**Quadro2:** Equipe de Saúde da Família 1-VERDE

<b>ESF 1 – VERDE</b>			
Médica: Dra. Milena Enfermeira: Dra. Katharina Odontologistas: Dra. Sara ASB: Geane Aux. de Enfermagem: Daniele Motorista: Bento (Visitas quarta manhã)			
<b>ACS</b>	<b>Microáreas</b>	<b>Pessoas</b>	<b>Famílias</b>
-	215	920	-
-	216	1.130	-
Marineuma	219	959	186
Gilvania	220	914	136

**Quadro3:** Equipe de Saúde da Família 2-AZUL

<b>PSF 2 – AZUL</b>			
Médicos: Dra. Adriana Enfermeira: Dra Aline Odontóloga: Dra. Ana Maurícia ASB: Fátima Pimenta Aux. de Enfermagem: Cleonice Motorista: Bento (Visitas Sexta Manhã)			
<b>ACS</b>	<b>Microáreas</b>	<b>Pessoas</b>	<b>Famílias</b>
Luana	222	1.002	-
-	228	508	-
-	229	664	327
-	230	832	163
-	237	798	-

**PSF 3 – AMARELO**

Médicos: Dra. Rochelle  
 Enfermeira: Dra. Rafaella  
 Odontóloga: Dra. Françoise  
 ASB: Greicy  
 Aux. de Enfermagem: Cazé  
 Motorista: Bento (Sexta Manhã)

<b>ACS</b>	<b>Microáreas</b>	<b>Pessoas</b>	<b>Famílias</b>
Alex	221	1.108	190
-	223	770	101
M <sup>a</sup> José	224	836	
--	225	741	--
--	227	733	--

**Quadro5:** Equipe de Saúde da Família 4-ROSA**PSF 4 – ROSA**

Médico: Dr Felipe  
 Enfermeira: Dra. Maria Clara  
 Odontóloga: Dr. Manoela  
 TSB: Eliene  
 Aux. de Enfermagem: Mazé  
 Motorista: Bento (Visitas Quinta Tarde)

<b>ACS</b>	<b>Microáreas</b>	<b>Pessoas</b>	<b>Famílias</b>
Manoel	231	601	196
André	232	2.061	--
Alferes	233	838	--
---	234	1.119	450

**Quadro6:** Equipe de Agentes Comunitários de Saúde- LÍLAS**EACS – LILAS**

Enfermeira: Dra. JÔ  
 Motorista: Bento (Visitas Terça Tarde )

<b>ACS</b>	<b>Microáreas</b>	<b>Pessoas</b>	<b>Famílias</b>
Rosélia			
Moisés	218	813	180
Glória			
Osmundo			

Profissionais de 20h – 01 Gineco Obstetra, 2 Clínicos, 3 Pediatras, 3 Odontólogos,  
 3 Auxiliares de Enfermagem, 1 Enfermeira.

## 5.2. PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UM GRUPO DE PROMOÇÃO A SAÚDE MENTAL: OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS.

O projeto de intervenção será desenvolvido no local de trabalho da pesquisadora, na comunidade adscrita da UAPS Maurício Mattos Dourado, no município de Fortaleza-CE. A população adscrita é de 23.760 habitantes. (IBGE, 2008).

No bairro Edson Queiroz, a ESF tem atingido cobertura de 47%, contando hoje com quatro ESFs e uma equipe de EAC. A ESF 1 é composta de médica, enfermeira, dentista, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de enfermagem e 02 agentes de saúde. A ESF 2 é composta de médica, enfermeira, dentista, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de enfermagem e 01 agentes de saúde. A ESF 3 é composta de médica, enfermeira, dentista, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de enfermagem e 02 agentes de saúde. A ESF 4 é composta de médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de enfermagem e 02 agentes de saúde. A equipe de EAC é composta de enfermeira e 04 agentes de saúde.

Os sujeitos desta intervenção serão as pessoas que forem identificadas como usuárias de ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos/neurolépticos e estabilizadores do humor.

Serão objetivos da implantação do grupo de saúde mental:

- Realizar treinamento específico em saúde mental para todos os profissionais das equipes da estratégia saúde da família da UAPS Maurício Mattos Dourado
- Cadastrar os pacientes com transtorno mental que serão possíveis participantes do grupo
- Implantar grupo de promoção à saúde mental
- Registrar, avaliar e descrever a implantação do grupo.

### 5.2.1 PROCEDIMENTOS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Plano de ação será estruturado a partir dos objetivos específicos traçados para o projeto, detalhando-se as ações a serem realizadas:

A seguir, serão mais detalhadas as ações que compreendem cada etapa da intervenção:

#### PRIMEIRA ETAPA

- Treinamento específico em saúde mental para todos os profissionais da UAPS Maurício Mattos Dourado.

## AÇÕES DA PRIMEIRA ETAPA

a) Coordenação local encaminhar ofício à Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do município com a solicitação de treinamento em saúde mental, para os profissionais de nível superior das equipes da ESF e EAC da UAPS Maurício Mattos Dourado.

b) Realização de oficina para os agentes comunitários de saúde (ACS) e profissionais de nível médio (auxiliar de saúde bucal e auxiliar de enfermagem) da unidade de saúde a fim de sensibilizá-los para a importância da assistência em saúde mental na atenção básica.

- Serão realizados quatro encontros semanais, com carga horária de uma hora, cada um, durante o horário de trabalho dos profissionais, a ser conduzido pelas equipes das ESF sendo cada encontro conduzido por uma equipe previamente estabelecido. Serão utilizadas aulas expositivas com metodologia participativa.

- Os encontros seguirão uma sequência padronizada, onde o primeiro encontro será abordado o resgate do conhecimento prévio dos participantes acerca da temática, e discussão dos principais aspectos conceituais. No segundo encontro será trabalhado o uso de ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos/neurolepticos e estabilizadores do humor. No terceiro encontro será explanação sobre grupos terapêuticos e no quarto e último encontro será o fechamento com fixação dos assuntos trabalhados e esclarecimento de dúvidas que porventura ainda persistam bem como estabelecer fluxo de participação do grupo na unidade de saúde.

## SEGUNDA ETAPA

- Cadastramento dos pacientes com transtorno mental que serão possíveis participantes do grupo

## AÇÕES DA SEGUNDA ETAPA

a) Levantamento e cadastramento, pelos ACS, dos pacientes que utilizam ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos/neurolepticos e estabilizadores do humor que fazem parte da área de adscrição da UAPS Maurício Mattos Dourado.

b) Agendamento dos pacientes cadastrados para equipe de saúde responsável com objetivo de realizar de anamnese dos pacientes e complementação de cadastro (historia

familiar, antecedentes psíquicos, sintomatologias, dosagem medicamentosa e etc.). Nesse momento será informado sobre a criação do grupo terapêutico e seus objetivos.

c) Criar um livro de cadastro/ controle de entrega de receitas desses pacientes por equipe de saúde, que será alimentado pela equipe de saúde responsável mediante paciente novo.

d) Criação de um prontuário individual para o registro de informações pertinentes ao estado de saúde mental dos pacientes

### TERCEIRA ETAPA

- Implantação do grupo de promoção à saúde mental.

### ACÇÕES DA TERCEIRA ETAPA

a) Realizações das reuniões serão nas últimas quintas-feiras dos meses, no horário de 13 às 15h, na unidade básica de saúde, podendo ocorrer em outros espaços de acordo com a solicitação dos integrantes ou a vivência de uma técnica específica. O dia, horário e local foram escolhidos em virtude da disponibilidade dos membros das equipes que conduzirá as atividades.

b) O grupo será desenvolvido de forma contínua e os pacientes continuarão sendo acompanhados pela equipe de saúde independente da participação no grupo terapêutico.

c) Serão utilizadas diversas técnicas, como dinâmicas de grupo, colagem, pintura, dramatização, relaxamento, dança, massagem terapêutica e passeios turísticos. Vale ressaltar que as técnicas terão apenas o objetivo de estimular o compartilhamento das situações. Acredita-se que o principal poder terapêutico do grupo está em si mesmo, já que o fato de pessoas estranhas compartilharem suas angústias, conflitos e problemas já é por si só um significativo agente de transformação a ser cultivado e desenvolvido, independente dos recursos técnicos de que dispõe (OSORIO, 2007).

d) A metodologia de conduta do grupo será utilizada diversas técnicas que serão definidas à medida que forem ocorrendo às reuniões onde serão definidas entre os profissionais e os participantes, bem como após os treinamentos com a orientação dos profissionais especialistas em saúde mental.

e) Estabelecer parceria com os profissionais que irão conduzir o treinamento em saúde mental para os profissionais de nível superior, com os profissionais do NASF e com a equipe de matriciamento da regional de saúde.



## QUARTA ETAPA

- Avaliação do processo de implantação do grupo de promoção à saúde mental.

### ACÇÕES DA QUARTA ETAPA

- Ao final do último encontro do grupo, agradecer a colaboração de todos e propor uma última atividade, mas esta agora individual: uma breve reflexão sobre tudo o que vivenciou nas atividades realizadas;
- Oferecer aos profissionais e aos usuários do serviço que participaram do grupo um formulário, para preenchimento anônimo, com breves questões sobre como foi para eles participar deste grupo, o que mais gostou, sugestões e comentários que gostariam de fazer.
- Os formulários serão preenchidos individualmente, sem necessidade identificação do sujeito e deverão ser colocados em uma caixa, logo após o último encontro realizado pelo grupo.
- Será realizada também uma avaliação qualitativa do processo implantado depois de decorrido seis meses de funcionamento, com o objetivo de avaliar os relatos dos integrantes do grupo bem como de seus familiares e dos profissionais de saúde.

## 5.3 RESULTADOS ESPERADOS COM A IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE SAÚDE MENTAL

Com a implantação das ações propostas no grupo de saúde mental, espera-se:

- Adquirir novos conhecimentos e desenvolver uma consciência crítica acerca da problemática de saúde mental, melhorando a qualidade no atendimento aos pacientes com transtornos mentais bem como reduzindo o preconceito aos mesmos;
- Mobilizar e sensibilizar os ACS para identificarem os pacientes em uso de psicofármacos e realizarem o cadastramento de todos eles;
- Favorecer a criação de um espaço terapêutico em que o sofrimento psíquico possa seja compartilhado e aliviado;
- Melhorar os relacionamentos interpessoais entre profissionais do serviço, pacientes, familiares e comunidade, visando à promoção dos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e a diminuição dos estigmas e conflitos que se instauram na convivência com o adoecimento mental;
- Auxiliar os usuários a exercitar estratégias para aumentar sua autonomia e a capacidades, objetivando eles terem maiores habilidades para resolução de dos problemas pessoais;

- Reduzir o número de pacientes que utilizam psicofármacos;
- Reduzir na incidência de usuários com problemas psicossomáticos.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o estudo espera-se qualificação profissional, aquisição de novos conhecimentos e melhorar a qualidade no atendimento aos pacientes com transtornos mentais na Estratégia de Saúde da Família.

Considero que a proposta apresentada neste estudo possibilita a implantação e desenvolvimento de um grupo de saúde mental, na atenção básica e pode trazer contribuições para toda equipe de saúde, unidade de saúde e acima de tudo para os usuários da saúde mental garantido a universalidade e integralidade da assistência. A implantação do grupo é uma excelente estratégia de promoção da saúde e fortalece a articulação da rede de atenção primária e da saúde mental.

## 7. CRONOGRAMA

EIXOS	AÇÕES	PERÍODO	RESPONSÁVEL
<b>TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS</b>	<p>-Encaminhar ofício à Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do município solicitando treinamento em saúde mental, para os profissionais de nível superior das equipes da ESF e EAC da UAPS Maurício Mattos Dourado.</p> <p>- Participação das equipes no treinamento</p> <p>- Realização de oficina para os agentes comunitários de saúde (ACS) e profissionais de nível médio</p>	<p>Julho-2014</p> <p>A definir</p> <p>A definir de acordo com o treinamento</p>	<p>Coordenação</p> <p>Médicos, enfermeiros e dentistas das equipes.</p> <p>Equipes de saúde</p>
<b>CADASTRAMENTO DOS PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL</b>	<p>- Levantamento e cadastramento dos pacientes que utilizam ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos/neurolépticos e estabilizadores do humor que fazem parte da área de adscrição da UAPS Maurício Mattos Dourado.</p> <p>- Agendamento dos pacientes cadastrados para equipe de saúde responsável (anamnese dos pacientes e complementação de cadastro (historia familiar, antecedentes psíquicos, sintomatologias, dosagem medicamentosa e etc.)).</p> <p>- Divulgação sobre a criação do grupo e seus objetivos.</p> <p>- Criar um livro de cadastro/ controle de entrega de receitas desses pacientes por equipe de saúde, que será alimentado pela equipe de saúde responsável mediante paciente novo.</p>	<p>Outubro-2014</p> <p>Outubro/novembro-2014</p> <p>Outubro/novembro-2014</p> <p>A partir de outubro e será permanente</p>	<p>Agentes Comunitários de saúde(ACS)</p> <p>ACS e NAC (Núcleo de atendimento ao cliente)</p> <p>Todos os profissionais da UAPS Maurício Mattos Dourado</p> <p>Enfermeiro das equipes</p>

	-Criação de um prontuário individual para o registro de informações pertinentes ao estado de saúde mental dos pacientes	A partir de outubro e será permanente	Profissionais das equipes de saúde
<b>IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE PROMOÇÃO À SAÚDE MENTAL</b>	- Realizações das reuniões serão nas últimas quintas-feiras dos meses, no horário de 13 às 15h, na unidade básica de saúde.  - Estabelecer parceria com os profissionais que irão conduzir o treinamento em saúde mental para os profissionais de nível superior, com os profissionais do NASF e com a equipe de matriciamento da regional de saúde.	A definir  Permanente	Equipes de Saúde da Família  Secretaria Municipal de saúde (SMS) e ESF
<b>AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO</b>	- Ao final do encontro, agradecer colaboração e propor reflexão sobre as atividades vivenciadas  - Formulário para preenchimento anônimo com sugestões e comentários  - Avaliação qualitativa do processo de implantação	A definir  Permanente  Após 6 meses	Equipes de Saúde da Família  Participantes do grupo(pacientes e familiares) e profissionais da ESF  Profissionais das equipes da ESF

## 8. REFERÊNCIAS

AMARAL, Márcia A. do, **Atenção à saúde mental na rede básica**: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Rev. Saúde Pública*, 31(3): 288-95, 1997.

AMARAL, M. A. do, **Atenção à saúde mental na rede básica**: sobre a eficácia do modelo assistencial. *Revista de Saúde Pública*, 31(3), 2000.

AMARANTE, P. (Org.) **Loucos pela vida**: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 06 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001, p. 2. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=09/04/2001>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental na atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, DF, 2003. 7p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília, DF, 2000. 44 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2007. 68 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Cartas 1. de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1998. p. 11-8

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde Mental, 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 8.142/90. **Lei Orgânica da Saúde**. Diário Oficial da União; 1996.

BÊNDA,M.Z. e AUGUSTO,L.G.S.O **cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 471-480,2001.

Campos G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. Hucitec, São Paulo, pp. 143-193. 1992

CHIESA, Augusto Matias; WESTPHAL, Mauro Filho. **A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde**. 46:19-22 *Saúde em Debate* 2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 8., 1986. Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 29 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 29 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000a.

GONÇALVES, D.M.; KAPCZINSKI, F. **Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil**. *Caderno de Saúde Pública*, v.24, n.9, p. 2043-2053, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/10.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2009.

Kalil MEX (org.) 1992. **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde, São Paulo 237pp.

MENDONÇA, Gurgel Falco. Educação em saúde, um processo educativo. In: **Encontro Estadual de Experiências de Educação e Saúde**. Porto Alegre; 2009. (mimeo).

MORIN, Elias. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco; 2011.

NICÁCIO, M. F. Da instituição negada a instituição inventada. **Saúde Loucura**, São Paulo, n. 1, p. 91-108. 1989.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. **Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**. *Caderno de Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n10/12.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guias para su implementación**. Washington, D. C., 1991.

OPAS/OMS. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS; 2001.

ONOCKO-CAMPOS,R.T. et al. **Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde**. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(1): 43-50.

OSORIO, L.C. **Grupoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2007.175p.

PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec,1996.

REIBNITZ, Kenya S.; PRADO, Marta Lenise do. **Inovação e educação em Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futuro, 2006.

RODRIGUES A.C.S. **A proposta da educação permanenteem saúde na atualização da equipe de saúde em promoção da saúde.** RevEscEnferm USP. 44(2). p. 531-537, 2010.

Rosa WAG, Labate RC. **Programa Saúde da Família:** a construção de um novo modelo de assistência. RevLatino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desisntitucionalização, uma outra via. In: NICACIO, F. (org.) **Desinstitucionalização.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SANTOS LM. **Competências dos Profissionais de Saúde nas Práticas Educativas na Atenção Primária à Saúde.** 2011. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SANTOS, L.M. et al. **Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde.** Ver. Saúde Pública. 2006; 40(2):346-52.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Projeto do hospital-dia.** Campinas,1991.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais:** história e conceitos. História, ciências, saúde- Manguinhos, v.9, n.1, p.25-29, jan.- abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2005.

VASCONCELLOS, Emília Maria. **Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade:** uma visão a partir do setor saúde. In: Torres RM, organizadora. Educação popular hoje. São Paulo: Edições Loyola; p. 63-98, 2010.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. **De-institutionalization of care for people with mental disorders within primary healthcare settings:** contributions towards implementation of actions. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.28, p.151-64, jan./mar. 2009.

WHO/UNICEF 1978.**Primary Health Care - Report of the International Conference on PHC,** Alma-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978. WHO, Genebra.Health-for-All Series no 1.