

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MATEUS NADER CUNHA

**TRANSTORNOS DE HUMOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
REALIDADE DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS.**

GOVERNADOR VALADARES/ MG

2014

MATEUS NADER CUNHA

**TRANSTORNOS DE HUMOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
REALIDADE DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS.**

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.

Orientador: Erika Maria Parlato de Oliveira

GOVERNADOR VALADARES/ MG

2014

MATEUS NADER CUNHA

**TRANSTORNOS DE HUMOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
REALIDADE DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS.**

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.

Orientador: Erika Maria Parlato de Oliveira

Banca Examinadora:

Prof. Erika Maria Parlato de Oliveira - Orientador

Prof. Isolda de Cerqueira Cruz - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 19/07/2014

“Quando a criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor.”

JOHAN W. V. GOETHE (1749 - 1832)

RESUMO

INTRODUÇÃO. No Brasil, a Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, possui como desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde. Os Transtornos do Humor estão entre as desordens que mais frequentemente levam o paciente ao médico, sendo a depressão apontada como uma das doenças mais prevalentes na atenção primária à saúde. **METODOLOGIA.** O plano de intervenção foi elaborado a partir dos fundamentos e métodos do Planejamento Estratégico Situacional. A principal fonte de dados foi os registros escritos dos prontuários médicos e dados do SIAB e IBGE. As entrevistas foram feitas com a enfermeira, agentes comunitários de saúde e usuários da unidade. A observação ativa da área foi realizada durante as consultas médicas e visitas domiciliares. **PLANEJAMENTO DAS AÇÕES INTERVENCIONISTAS.** A partir dos dados coletados, estabeleceu-se como prioridade o problema dos transtornos do humor. Foram determinados os nós críticos do problema e criado as seguintes operações para resolução dos mesmos: viver melhor, saber mais, linha de cuidado e extensão do cuidado. Esses projetos apresentam os resultados e produtos esperados, os recursos necessários, a viabilidade, as ações estratégicas, os responsáveis pela execução e o prazo de tempo para implantação dos mesmos. **CONCLUSÃO.** O momento estratégico e operacional do Planejamento Estratégico Situacional é a hora de analisar as operações que serão realizadas, se há conflitos do ponto de vista político, muitas exigências do ponto de vista econômico e se necessitam de tecnologia de alta complexidade. Todas essas reflexões objetivam a construção de viabilidade para as propostas de intervenção elaboradas.

Palavras-chave: *Planejamento em saúde. Saúde mental. Transtornos do humor. Atenção primária à saúde.*

ABSTRACT

INTRODUCTION. In Brazil, the Family Health Strategy prioritized by the Ministry of Health to organize primary care, has the challenge of promoting redirection of practices and health actions. The Mood Disorders are among the disorders that most often lead the patient to the doctor, the depression being considered one of the most prevalent diseases in primary health care. **METHODOLOGY.** The intervention plan was developed from the foundations and methods of Situational Strategic Planning. The main data source was the written records of medical records and data from the SIAB and IBGE. The interviews were conducted with nurses, community health workers and users of the locus. The active viewing area was performed during medical consultations and home visits. **PLANNING OF INTERVENTIONIST ACTIONS.** From the data collected, it was established as a priority the issue of mood disorders. We determined the critical nodes of the problem and created the following steps to solve them: live better, learn more, care line and extent of care. These projects present results and products, resources, feasibility, strategic actions, responsible for the implementation and time frame for implementation of the same. **CONCLUSION.** The strategic and operational time of Situational Strategic Planning is the time to analyze the operations to be performed if there are conflicts of a political viewpoint, many requirements of the economic standpoint and require highly complex technology. All these reflections aim to build viable for proposals developed intervention.

Keywords: *Health planning. Mental health. Mood disorders. Primary health care.*

LISTA DE FIGURAS

		Página
Figura 1	Fluxograma de causas e consequências dos transtornos do humor.	15

LISTA DE TABELAS

		Página
Tabela 1	Priorização dos principais problemas detectados na ESF Caic 1.	13
Tabela 2	Desenho de operações para os nós críticos do problema transtornos do humor.	24
Tabela 3	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema Transtorno do humor.	25
Tabela 4	Propostas de ações para motivação dos atores.	26
Tabela 5	Plano operativo	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
DeCS	Descritores
ESF	Estratégia Saúde da Família
GV	Governador Valadares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TH	Transtornos do Humor

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Justificativa	16
1.2 Objetivos	17
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil	18
2.2 A Saúde Mental na Atenção Básica	19
2.3 Epidemiologia dos Transtornos Mentais	20
3. METODOLOGIA	22
4. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES INTERVENCIONISTAS	24
4.1 Desenho das operações	24
4.2 Identificação dos recursos críticos	25
4.3 Análise de viabilidade do plano	26
4.4 Plano operativo	27
5. CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

O curso de Especialização em Saúde da Família, apoiado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, destina-se principalmente a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e cumpre a função de qualificar os profissionais da saúde, com vista à consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) de modo universal e com maior grau de equidade e qualidade (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012).

No Brasil, a Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (AB), possui como desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde. Essa estratégia reafirma os princípios básicos do SUS. O desafio atual é consolidar a Saúde da Família como porta de entrada prioritária do SUS, visando resolver, na atenção primária, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes (BOTTI; ANDRADE, 2008).

Segundo Botti e Andrade (2008, p.388), para que essa resolutividade aconteça no âmbito das doenças mentais “é necessária a existência do vínculo e do diálogo entre AB e Saúde Mental (SM) configurando a articulação entre os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica”. Os princípios fundamentais desta articulação são: noção de território; organização da atenção à SM em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade e interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários e a construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003).

Uma pesquisa do Ministério da Saúde mostra que 56% das equipes de Saúde da Família referem realizar “alguma ação de Saúde Mental” (BRASIL, 2003). Por sua proximidade com as famílias e as comunidades, essas equipes se constituem num recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico.

Os Transtornos do Humor estão entre as desordens que mais frequentemente levam o paciente ao médico. Estima-se que de 15% a 30% dos adultos apresentem depressão clinicamente significativa em algum momento de sua vida, sendo cerca de 8% transtorno depressivo maior. Tais dados confirmam os achados em estudos de Medicina de Família e Comunidade, em que a depressão é apontada como uma das doenças mais prevalentes na atenção primária à saúde (ARANTES, 2007).

A ESF Caic 1, localizada no município de Governador Valadares, Minas Gerais, abrange os bairros Nova Vila Bretas (parcial), Santo Antônio (parcial) e Maravilha (integral), com unidade localizada no Nova Vila Bretas, numa região central à área e de fácil acesso à

comunidade. A região é dividida em cinco microáreas e a unidade da ESF é o único estabelecimento de saúde da área, sendo, portanto, o centro de referência da população. Essa apresenta uma taxa de alfabetização de 98,2%, favorecendo os processos de educação em saúde, e taxa de desemprego de 18,9%.

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma cirurgiã-dentista e cinco agentes comunitários de saúde. Apresenta 884 famílias cadastradas, com uma população adscrita de 2802 usuários. O dia-a-dia da ESF Caic 1 é caracterizado principalmente pelas consultas agendadas, seja médica, odontológica ou com a enfermagem. As consultas de demanda espontânea são as de urgência e emergência e são feitas pelo médico da unidade. Funcionam ainda os grupos de gestante e Hiperdia (pacientes hipertensos e diabéticos).

Com a finalidade de conhecer melhor o território de atuação foi realizado uma análise situacional em que a equipe identificou com os grandes problemas locais através dos registros escritos, entrevistas com informantes-chave (profissionais e usuários) e observação ativa. Os principais problemas identificados foram: risco cardiovascular aumentado, doença mental (principalmente os transtornos do humor, como a depressão), doenças osteomusculares, parasitose intestinal, desestruturação para os atendimentos de urgência e emergência e baixa condição socioeconômica da população.

Após a definição dos problemas, a equipe procedeu-se à priorização dos mesmos, orientando e direcionando custos e esforços para sua resolução. Como sugerido por Campos *et al* (2010), os critérios para priorização dos problemas foram: sua importância (com valor baixo, médio ou alto), sua urgência (com distribuição de 50 pontos), a capacidade de enfrentá-los (se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe).

Os problemas foram enumerados por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios, através de uma seleção (Tabela 1).

Tabela 1 – Priorização dos principais problemas detectados na ESF Caic 1.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular aumentado	Alta	15	Parcial	1
Doença mental	Alta	10	Parcial	2
Doenças osteomusculares	Média	10	Parcial	3
Atendimentos de urgência e emergência	Alta	5	Parcial	3
Baixa condição socioeconômica	Alta	5	Parcial	4
Parasitose intestinal	Média	5	Fora	5

Após a priorização dos problemas apontados pela equipe da ESF Caic 1, a doença mental, mais especificamente os transtornos do humor (TH), foi escolhida como alvo de atenção especial, com avaliação dos conhecimentos e procedimentos para seu enfrentamento, devido ao seu elevado grau de importância e urgência na região e à falta de uma sistematização no manejo dos pacientes psiquiátricos.

Observou-se através de análise dos registros escritos da ESF Caic 1 que quase 20% da população adscrita usa ou já usou algum antidepressivo para tratamento de transtorno de depressão e transtorno de ansiedade, em diferentes graus de severidade. Esses pacientes são acompanhados pelo médico, enfermeira e psicóloga e encaminhados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) quando não se consegue o controle adequado da doença. Tratam-se em sua maioria de mulheres, com idade média de 50 anos.

Os TH são quadros psiquiátricos caracterizados por alterações acentuadas e razoavelmente bem delimitadas do humor, da cognição, da atenção, dos ritmos biológicos e da psicomotricidade. Podem ser divididos em depressão ou transtorno depressivo maior, distímia e transtorno afetivo bipolar (TAB) (BRUNONI, 2008).

A depressão é um transtorno psiquiátrico caracterizado pela perda de prazer nas atividades diárias, apatia, alterações cognitivas (redução da capacidade de raciocinar adequadamente, de se concentrar e de tomar decisões), psicomotoras (lentidão, fadiga e sensação de fraqueza),

distúrbios do sono (mais frequentemente insônia, podendo ocorrer também sonolência excessiva), alterações do apetite (mais comumente hiporexia, podendo ocorrer também aumento do apetite), diminuição da libido, retraimento social, prejuízo funcional significativo (como mau desempenho laboral ou escolar) e ideação suicida (TADOKORO, 2012).

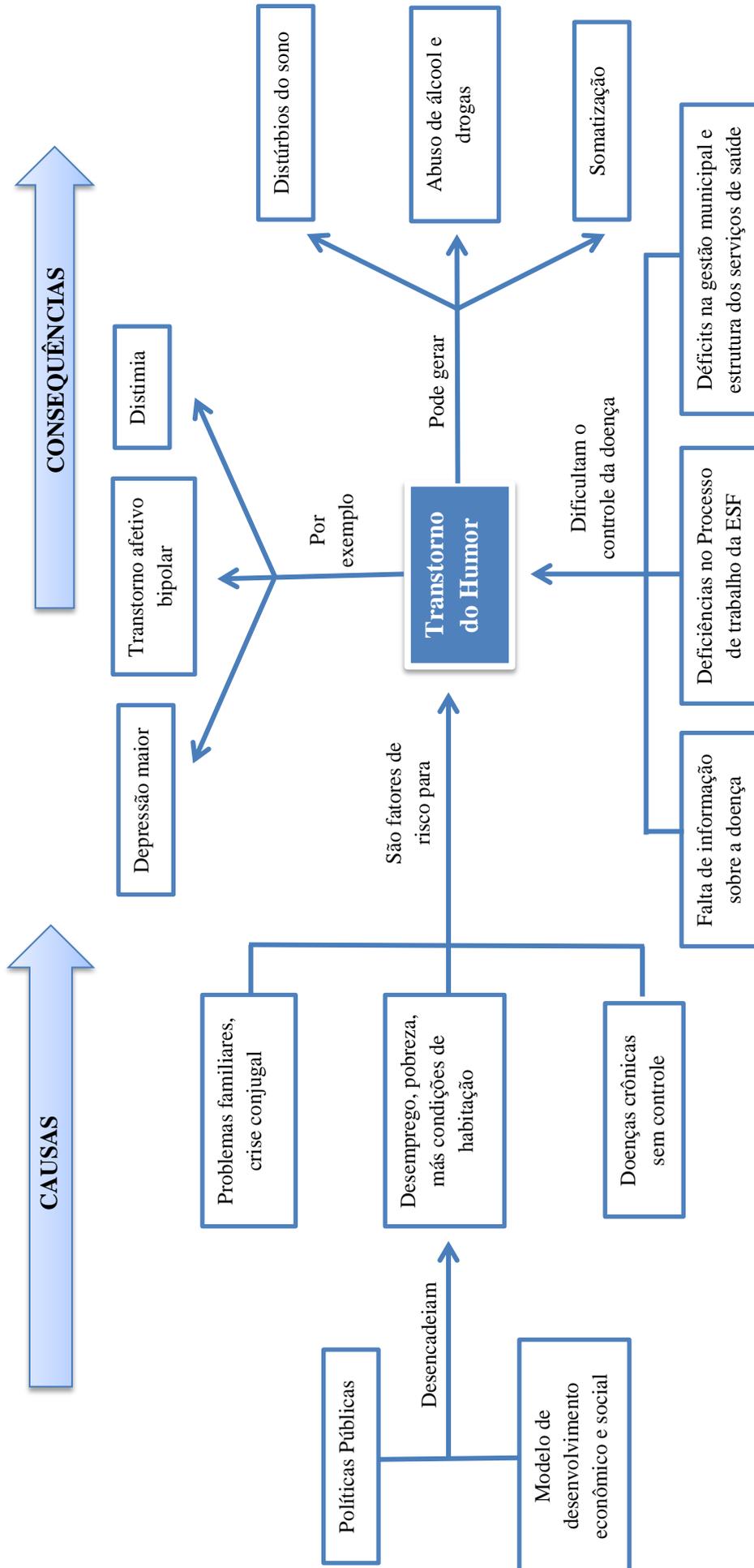
A distímia corresponde aos quadros com sintomas depressivos mais leves, que causam transtorno para o indivíduo, mas não preenchem os critérios do transtorno depressivo maior.

O TAB caracteriza-se por episódios depressivos alternando com episódios maníacos (TAB I) ou hipomaníacos (TAB II). O diagnóstico de TAB I é feito apenas com um episódio de mania. Para o TAB II, é necessário que haja pelo menos um episódio de hipomania junto com um episódio prévio de depressão. Mania é definida como humor elevado, expansivo ou irritado por uma semana com mais três sintomas auxiliares. A hipomania também apresenta um humor elevado ou irritado, mas de menor intensidade que a mania. Os sintomas da mania incluem: inquietude, aceleração do pensamento ou fuga de ideias, indivíduo falante, insônia, aumento do desejo sexual, aumento da autoestima e grandiosidade, mudança constante de planos e atividades, aumento da sociabilidade, tendência à distração (BRUNONI, 2008).

Frequentemente o quadro clínico dos pacientes não preenchem os critérios diagnósticos em classificações tradicionais como a Classificação Internacional das Doenças, em sua 10ª versão (CID-10) ou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Grande parte dos transtornos mentais presentes na atenção básica caracteriza-se por quadros subclínicos e significativa comorbidade entre as diversas síndromes (PEREIRA; VIANNA, 2009).

As causas de TH são inúmeras e controversas. Entretanto, é possível afirmar que há fatores que influenciam o aparecimento e a permanência de episódios depressivos. Por exemplo, crises conjugais e divórcio, perda de um ente querido, desemprego e baixa condição financeira, incapacidade de lidar com determinadas situações ou em ultrapassar obstáculos e algumas doenças orgânicas, principalmente as de difícil controle (TADOKORO, 2012). A depressão pode ser também a causa de outros problemas, como o distúrbio do sono, as dores crônicas e a somatização. Pacientes depressivos são mais propensos ao abuso de álcool e drogas (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de causas e consequências dos transtornos do humor.



Sobre as grandes causas a serem enfrentadas para buscar solucionar o problema, foram definidos os seguintes nós críticos: pressão social, como desemprego e conflitos familiares; nível de informação da população sobre TH; inadequação do processo de trabalho da ESF para enfrentar o problema; deficiência da gestão municipal e desestruturação dos serviços de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre SM propõe que o eixo do atendimento nesta área seja direcionado para centros de atendimento primário, com o propósito de atuar em uma maior parcela da população (OMS, 2004). No Brasil, isso indubitavelmente implica a inclusão desse tema nas ações do Programa Saúde da Família (PSF), que tem se consolidado como estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde em todo o país. Baseado na intervenção precoce, prevenção e educação em saúde, trabalha utilizando-se de uma abordagem multidisciplinar e integrada à comunidade que atende. Tem apresentado elevada resolutividade no Brasil por meio da busca ativa de casos, trabalho em equipe e facilitação do acesso da população aos serviços de saúde. É importante que as equipes de PSF estejam atentas aos aspectos da SM da população atendida, a fim de que efetivamente apliquem a abordagem biopsicossocial a que se propõem (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

1.1 Justificativa

Para intervirmos em SM na atenção primária, é necessário dispor de informação adequada para uma análise objetiva das situações sobre as quais se pretende atuar. Para conhecer essa realidade precisamos incentivar e aprimorar estudos epidemiológicos na área, cujos resultados orientam a direção e extensão do uso adequado dos recursos.

A elevada frequência dos TH, em especial a depressão, na AB suscitou a necessidade de um plano de ação elaborado para o problema a fim de enfrentar suas principais causas e consequências.

A desconsideração do problema ou o adiamento de sua resolução podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes com TH, como desintegração social, falta de perspectiva profissional e emocional, além de suscitar outros problemas de saúde, como descontrole de doenças crônicas, somatização de dores osteomusculares, dependência de álcool e drogas e insônia.

1.2 Objetivos

O objetivo geral do presente trabalho é elaborar um plano de intervenção para a abordagem dos pacientes da ESF Caic 1 do município de Governador Valadares, MG, com TH, buscando a humanização e melhora da qualidade no atendimento aos mesmos.

Os objetivos específicos são:

- Determinar e caracterizar os principais TH apresentados pelos pacientes;
- Enfrentamento das questões sociais que interferem diretamente no problema, como desemprego e crises familiares;
- Aumentar o nível de conhecimento da população acerca dos transtornos do humor, desmistificando a doença e orientando os pacientes quanto aos benefícios do seu controle e tratamento adequado;
- Capacitar os profissionais da ESF Caic 1 para o acolhimento dos pacientes e vínculo com esses e sua família;
- Alertar a gestão municipal de saúde sobre as dificuldades de condução do problema e as necessidades de melhora do mesmo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

A reforma psiquiátrica brasileira é um movimento histórico, de caráter político e socioeconômico e trata-se de uma mudança do atendimento público em SM, permitindo o acesso dos indivíduos aos serviços e o respeito aos seus direitos e liberdade. A transformação do tratamento desses pacientes visa o convívio familiar e comunitário em oposição ao isolamento social (COELHO, 2010).

O atendimento à SM é realizado nos CAPS, Residências Terapêuticas, ambulatórios, hospitais gerais e centros de convivência. Quando necessário, as internações são realizadas preferencialmente em hospitais gerais, sendo uma tendência a substituição gradual dos hospitais psiquiátricos pelos hospitais de atendimento geral (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Saúde Mental, propõe a redução dos leitos psiquiátricos; a expansão e o fortalecimento da rede extra-hospitalar formada pelos CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios e unidades psiquiátricas em hospitais gerais; a inclusão de ações em SM na AB, introduzindo uma política de atenção voltada aos usuários de álcool e drogas; e a promoção dos direitos aos pacientes e familiares, incentivando a participação no cuidado e garantindo tratamento digno e de qualidade aos doentes (COELHO, 2010).

O processo de desinstitucionalização e a redução dos hospitais psiquiátricos foram importantes resultados alcançados com o incentivo e ações voltadas para o início da reforma psiquiátrica. Na década de 80, existiam mais de 100.000 leitos psiquiátricos em 313 hospitais; em 2006, eram 44.067 leitos em 231 hospitais e em 2009, o número de leitos reduziu para 35.426 em 208 hospitais. Quanto à implantação da rede substitutiva, em 1996, havia 154 CAPS cadastradas junto ao Ministério da Saúde; em 2006, já eram 612 e em 2010 subiu para 1513, sendo o estado de Minas Gerais o terceiro maior em quantidade, com 153 CAPS (BRASIL, 2010).

Observou-se nos últimos anos um modelo de atenção à saúde voltado para a família e comunidade, com abandono parcial do modelo hospitalocêntrico. Apesar dessa evolução, o país ainda não vive um momento ideal em relação à SM na AB ou em outros pontos da rede de saúde. Há ainda muito para evoluir, estando os municípios brasileiros na fase inicial de implantação desse sistema (COELHO, 2010).

Outra meta da reforma é a reabilitação psicossocial de pacientes com passado de internações psiquiátricas de longa data, através do Programa de Volta para Casa. Esse tem como objetivo a inserção desses pacientes na sociedade, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e exercício pleno de seus direitos (BRASIL, 2010b).

A AB é a porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde, não sendo diferente para a SM. Com o objetivo de resgatar a particularidade de cada pessoa e sua responsabilidade pelo tratamento, aposta na atuação do paciente como ator principal e rompe com a lógica de que a doença é sua identidade e a medicação sua única possibilidade de melhora. Na articulação entre SM e AB, o profissional de SM participa das reuniões de planejamento das equipes de ESF, supervisiona as ações, realiza discussão de casos, atendimento compartilhado e específico, além de contribuir com as medidas de capacitação dos demais profissionais de saúde. Todos são responsáveis por esses pacientes, e promovem discussões conjuntas e intervenções junto às famílias e comunidade (BRASIL, 2010).

2.2 A Saúde Mental na Atenção Básica

No Brasil, a ESF funciona como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico e centrar o cuidado na família, e não somente no doente, trabalhando com os conceitos de vigilância em saúde e no enfoque sobre o risco e desenvolvendo atividades que incluam a prevenção e promoção da SM (TADOKORO, 2012).

Os principais problemas de SM e as situações de risco que comprometem os vínculos familiares e sociais são: dependência de álcool, psicoses, prostituição infantil, doenças clínicas graves, exclusão social, violência, suicídios e suas tentativas, abuso de benzodiazepínicos, TH e retardo mental. Por conseguinte, a AB deve possuir ferramentas para o enfrentamento desses problemas (BRASIL, 2001).

Frequentemente, as equipes de ESF se deparam com problemas de SM devido sua proximidade com as famílias e comunidade, tornando-se assim, recursos estratégicos para o enfrentamento de agravos vinculados às diversas formas de doença mental (BOTTI; ANDRADE, 2008).

A integralidade da assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade. Com o movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica e o respaldo

legal da Constituição e do SUS, não é mais possível pensar na saúde de forma compartimentalizada, pois “mental” e “físico” não são dissociados (BOTTI; ANDRADE, 2008).

Em relação à universalidade e acessibilidade corrobora-se que o manejo e tratamento de doenças mentais no contexto da atenção primária é passo fundamental, pois possibilita que maior número de pessoas tenha acesso mais fácil e rápido aos serviços, fortalecendo a necessidade da articulação entre SM e AB (OMS, 2001).

Os princípios operativos e conceituais que orientam a AB encontram-se sintonizados com a Reforma Psiquiátrica, processo que tem enfatizado os cuidados em SM com resolutividade quando conta com estratégias que possibilitem a integralidade, continuidade da atenção e responsabilidade de uma equipe de saúde no nível da AB (VECCHIA, 2006).

A reabilitação psicossocial e a promoção da cidadania dos portadores de sofrimento mental configuram-se no processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. A AB possui como eixo norteador a tríade: acolhimento, vínculo e heterogeneidade, o que configura o atendimento humanizado em saúde (PITTA, 2001).

O acolhimento como recurso terapêutico é relevante ferramenta da AB, pois contribui na compreensão das concepções das práticas em SM pela equipe. Assim, além do caráter resolutivo no momento do acolhimento, ou por meio de encaminhamento ou acompanhamento pela equipe, a recepção da SM na unidade básica de saúde sinaliza uma terapia comunitária; pois visa identificar e suscitar forças e capacidades dos indivíduos e famílias para encontrar soluções para superar dificuldades. Relacionando o acolhimento de SM na AB em grupo, de forma equânime e com função terapêutica, torna-se fundamental que não se valorize o diagnóstico psiquiátrico e as psicopatologias, mas a existência e o sofrimento dos pacientes e suas formas de expressão dentro de cada contexto social (BOTTI; ANDRADE, 2008).

2.3 Epidemiologia dos Transtornos Mentais

A prevalência de transtorno mental durante a vida varia nos diferentes países: Estados Unidos 48,6%, Holanda 40,9%, Alemanha 38,4%, Canadá 37,5%, Brasil 36,3%, México 20,2% e Turquia 12,2%. Apesar das variações entre os países, os transtornos de ansiedade, TH e transtorno por uso de substâncias respondem cada um por aproximadamente um terço da prevalência total de transtornos mentais nos diversos países. Há diferença entre os sexos, visto

que o abuso de substâncias é mais comum no sexo masculino, enquanto mulheres têm mais transtornos de ansiedade e TH (ALMEIDA, 2010; WHO, 2000).

Os transtornos mentais apresentam diferentes idades de início, sendo que a mediana para os transtornos de ansiedade é aos 15 anos, enquanto que para o abuso de substâncias é aos 21 anos e os TH aos 26 anos (WHO, 2000).

Almeida Filho *et al* (1997), em estudo sobre a prevalência de transtornos psiquiátricos em três capitais brasileiras, evidenciaram prevalência anual potencial de casos psiquiátricos, variando de 19% em São Paulo e 34% em Brasília e Porto Alegre. Os transtornos ansiosos foram os mais prevalentes (chegando a 18%) e o alcoolismo (cerca de 8%). Os quadros depressivos variaram de 3% (São Paulo) a 10% (Porto Alegre).

Gonçalves e Kapczinski (2008) encontraram uma prevalência de 51,1% de transtornos psiquiátricos entre pacientes que buscaram atendimento numa unidade de atenção básica da região Sul do Brasil. Os diagnósticos mais comuns nessa amostra foram o transtorno depressivo maior (17,6%), transtorno de ansiedade generalizada (11,5%) e distímia (11,3%).

A maior prevalência dos transtornos mentais ocorre entre as mulheres. Linzer *et al.* (1996) avaliaram as diferenças entre homens e mulheres e a frequência de transtornos mentais na AB e relataram que mulheres apresentam uma prevalência de 43% de ter pelo menos um transtorno mental versus 19% dos homens, com destaque para os TH (31% nas mulheres versus 19% nos homens), ansiedade (22% versus 13%) e somatoformes (18% versus 9%), com exceção para o transtorno relacionado ao uso de álcool e drogas (2% versus 10%). A comorbidade psiquiátrica também foi superior no sexo feminino, sendo que 26% delas tinham pelo menos dois transtornos psiquiátricos contra 15% dos homens.

Os distúrbios mentais têm sido amplamente associados ao nível socioeconômico, variáveis como escolaridade, ocupação e renda, sejam elas tomadas isoladamente ou combinadas em algum índice de classe social. Baixa escolaridade, baixa renda e condições precárias de habitação foram apontados como risco para o desenvolvimento das doenças psiquiátricas (ALMEIDA, 2010; WHO, 2000).

3. METODOLOGIA

O plano de intervenção foi elaborado a partir dos fundamentos e métodos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Dessa forma, há a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, onde os diferentes atores sociais explicitam suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo.

O PES apresenta no seu desenvolvimento passos ou etapas de ações numa sequência lógica, numa dinâmica permanente e dialética. São eles:

- Momento explicativo – conhecimento da situação atual, identificando, priorizando e analisando o problema.
- Momento normativo – formulação de soluções para o enfrentamento do problema, através da resolução dos nós críticos.
- Momento estratégico – análise e construção de viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados.
- Momento tático-operacional – execução do plano.

A estimativa rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituído importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais – autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, profissionais de saúde, entre outros.

A principal fonte de dados foi os registros escritos. Os prontuários médicos foram revisados e catalogados nos diversos problemas identificados como mais prevalentes e urgentes. Além disso, foram analisados dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) acerca dos problemas levantados pela equipe como mais urgentes para a região.

As entrevistas foram feitas com a enfermeira e os agentes comunitários de saúde (ACS) da unidade, além de alguns pacientes considerados informantes-chave por seu papel na sociedade. Essas foram feitas individualmente, sendo que com os pacientes foi realizada durante consulta médica.

A observação ativa da área foi realizada semanalmente durante as visitas domiciliares. O médico fez todas as visitas a pé, junto às ACS, a fim de conhecer melhor a forma e condição de moradia da população, a acessibilidade aos serviços e os problemas de saneamento básico. A observação ativa foi feita também nas consultas médicas, verificando o perfil dos pacientes, suas queixas mais frequentes, seus hábitos e o nível de orientação dos mesmos.

Após a coleta de informações, o médico, juntamente com sua equipe, definiu os principais problemas de saúde existentes na região, priorizando aqueles que necessitavam de uma intervenção mais urgente.

Após a priorização dos problemas apontados pela equipe da ESF Caic 1, a doença mental, mais especificamente os transtornos do humor, foi escolhida como alvo de atenção especial, com avaliação dos conhecimentos e procedimentos para seu enfrentamento, devido ao seu elevado grau de importância e urgência na região e à falta de uma sistematização no manejo dos pacientes psiquiátricos.

Outra etapa foi a realização de revisão da literatura. As referências foram obtidas na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), com acesso aos bancos de dados virtuais como Lilacs e Scielo, selecionados no período de março a junho de 2013. Foram utilizados como descritores (DeCS): planejamento em saúde, atenção primária à saúde, saúde mental, transtornos psicóticos afetivos, transtorno bipolar e depressão.

4. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES INTERVENCIONISTAS

4.1 Desenho das operações

O desenho das operações consiste na elaboração de uma operação ou projeto para enfrentamento de cada nó crítico identificado para o controle dos casos de TH na ESF. Além disso, determina os resultados e produtos esperados com a operação e os recursos necessários para sua execução, como mostrado na tabela 2.

Tabela 2 – Desenho de operações para os nós críticos do problema transtornos do humor.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Pressão social	Viver melhor Aumentar a oferta de empregos, fomentar a cultura da paz, reestruturar a dinâmica familiar.	Diminuição do desemprego, da pobreza e da violência; melhora da relação familiar.	Programa de geração de emprego e renda; terapia familiar.	<i>Político</i> – mais ofertas de emprego, aprovação dos projetos e articulação intersetorial. <i>Cognitivo</i> – informação sobre o tema, elaboração do projeto de reestruturação familiar.
Nível de informação	Saber + Aumentar o nível de informação da população acerca dos TH, uso correto da medicação e apoio continuado.	População bem informada, com quebra de tabus e mitos e adesão e adequação do tratamento.	Campanha educativa da população com TH; capacitação dos ACS e cuidadores.	<i>Cognitivo</i> – conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. <i>Organizacional</i> – criação de agenda para orientação popular e capacitação profissional. <i>Político</i> – mobilização social. <i>Financeiro</i> – financiamento de cartazes, filipetas e outros meios de comunicação.
Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema	Linha de cuidado Implantar a linha de cuidado para os TH, acolhimento e vínculo dos pacientes, humanização nas consultas.	Pacientes satisfeitos com o atendimento da equipe, com boa relação usuário-profissional.	Linha de cuidado para TH implantada, recursos humanos capacitados, gestão da linha de cuidado implantada.	<i>Cognitivo</i> – elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos. <i>Político</i> – articulação entre os setores da saúde. <i>Organizacional</i> – organização dos fluxos de referência e contra referência.
Estrutura dos serviços de saúde	Extensão do cuidado Melhorar o fluxo dos	Garantia de apoio interdisciplinar dos pacientes com TH,	Protocolo para condução do TH, com disponibilidade	<i>Organizacional</i> – criação do protocolo de atendimento a pacientes com TH.

pacientes com TH nos serviços especializados, incluindo os mecanismos de referência e contra referência. Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de TH.	envolvendo o médico da família, psiquiatra, psicólogo, serviço social e outros quando necessário.	de consulta com especialista e demais profissionais.	<i>Financeiro</i> – contratação de mais psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais para descongestionamento do fluxo. <i>Político</i> – aumento dos recursos financeiros para estruturação do serviço.
--	---	--	--

Os recursos políticos e financeiros estão atrelados, na maioria dos casos, ao poder público (secretaria de saúde e educação, por exemplo), ficando a cargo da equipe de ESF comunicar as deficiências e necessidade da região em relação ao problema e apresentar projetos que possibilitam a resolução do mesmo. Já os recursos cognitivos e organizacionais são de maior governabilidade da equipe, sendo o alvo principal de intervenção para a solução do problema.

4.2 Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos, ou seja, os recursos indisponíveis e indispensáveis para a execução de uma operação foram reconhecidos pela equipe de ESF Caic 1 para que a mesma criasse as estratégias para viabilizá-los (Tabela 3).

Tabela 3 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema Transtorno do humor.

Operação/ Projeto	
Viver melhor	Político – maiores ofertas de emprego. Organizacional – reestruturação familiar.
Saber +	Cognitivo – conhecimento do tema e estratégias de comunicação. Organizacional – orientação populacional e capacitação profissional.
Linha de cuidado	Cognitivo – projeto de linha de cuidado. Organizacional – organização dos fluxos de referência e contra referência.
Extensão do cuidado	Político – aumento dos recursos financeiros para estruturação do serviço. Financeiro – contratação de profissionais.

4.3 Análise de viabilidade do Plano

A análise de viabilidade consiste na identificação dos atores de controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema (motivação favorável, indiferente ou contrária) e, então, definir ações estratégicas para viabilizar o plano, motivando o ator que controla os recursos críticos (Tabela 4).

Tabela 4 – Propostas de ações para motivação dos atores.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Recursos necessários
		Ator que controla	Motivação	
Viver melhor				
Aumentar a oferta de empregos.	<i>Político</i> – mobilização social em torno da questão do desemprego.	Prefeito municipal	Favorável	Não é necessária
Reestruturação familiar.	<i>Organizacional</i> – elaboração do projeto de ação.	Equipe de ESF	Favorável	
Saber +				
Aumentar o nível de informação da população acerca dos TH, uso correto da medicação e apoio continuado.	<i>Cognitivo</i> – conhecimento do tema e estratégias de comunicação. <i>Organizacional</i> – capacitação profissional.	Equipe de ESF	Favorável	Não é necessária
		Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar projeto de capacitação.
Linha de cuidado				
Implantar a linha de cuidado para os TH, acolhimento e vínculo dos pacientes, humanização nas consultas.	<i>Cognitivo</i> – criação do projeto de linha de cuidado. <i>Organizacional</i> – organização dos fluxos de referência e contra referência.	Equipe de ESF	Favorável	Não é necessária
		Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar projeto de fluxo dos pacientes na rede de saúde.
Extensão do cuidado				
Garantir atendimento especializado, medicação aos pacientes com TH.	<i>Político</i> – investimento em recursos humanos e estruturais na saúde. <i>Financeiro</i> – contratação de mais profissionais, compra de medicamentos e estruturação do centro de atendimento aos surtos.	Prefeito municipal Secretaria de saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável	Apresentar projeto de atendimento integral aos pacientes com TH.

4.4 Plano operativo

O objetivo principal do plano operativo é designar quem será responsável por cada operação estratégica, estabelecendo prazos para a realização das mesmas e os resultados esperados.

Tabela 5 – Plano operativo

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Viver melhor	Diminuição do desemprego; Atenuação dos conflitos familiares.	Auxílio na busca de emprego; Terapia familiar.	Psicóloga, assistente social, ACS Francisca.	Três meses para o início das atividades.
Saber +	População mais informada sobre os TH; Equipe apta ao apoio e abordagem qualificada.	Organização de grupos operativos; Confecção de material impresso para educação; Apresentação do projeto de capacitação à Secretaria de saúde.	Médico, enfermeira, ACS Keirós e ACS Ana.	Quatro meses para o início das atividades.
Linha de cuidado	Consultas baseadas na entrevista motivacional; Adesão ao tratamento, com redução dos surtos.	Seguimento do protocolo criado para o cuidado dos TH.	Psicóloga, médico, técnica de enfermagem e ACS Lucimar.	Três meses para o início das atividades.
Extensão do cuidado	Avaliação com especialista a cada seis meses, ou antes, se necessário. Adequação da oferta de medicamentos e centro de cuidados aos surtos em plenas condições de funcionamento.	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Médico, psicóloga e ACS Creuza.	Início em três meses com finalização em 12 meses.

Para a solução do desemprego, os profissionais responsáveis analisarão o perfil do indivíduo e auxiliarão o mesmo na busca de oportunidades a partir das vagas de emprego existentes no município. A terapia familiar será feita com abordagens psicológicas, guiada pelo profissional habilitado, que capacitará outros membros da equipe para ajudarem na tarefa.

Os grupos operativos já foram implantados e funcionam mensalmente, em dia e horário pré-estabelecidos, com palestras, orientações e troca de experiências e conhecimento. Para facilitar o processo de educação, recursos visuais como cartazes, filipetas e panfletos são confeccionados e distribuídos aos usuários da unidade. Foram debatidos temas como: abuso de medicamentos e o uso desses sem prescrição médica; causas de insônia e formas não farmacológicas de tratamento, como a higienização do sono; e a prática de atividade física para melhoria da saúde mental.

Está sendo criado um protocolo interno de atendimento aos pacientes com TH, baseado nos preceitos do SUS e na realidade da rede municipal de saúde, para condução dos casos de TH. No mesmo constará a forma de abordagem e acolhimento; periodicidade de consultas com o médico da família, enfermeira, psicóloga e especialista (médico psiquiatra); controle do uso da medicação; reconhecimento e tratamento dos distúrbios secundários ao TH (distúrbios do sono, abuso de álcool e drogas, surtos).

Para auxiliar no tratamento desses pacientes, faz-se necessário o investimento na rede de saúde voltado para a saúde mental, possibilitando acesso dos pacientes aos serviços secundário (especialista) e terciário (centro de atendimento de surtos psiquiátricos) e à medicação prescrita. Para tanto, os profissionais responsáveis pelo projeto **Extensão do cuidado** confeccionarão um projeto de estruturação da rede e, posteriormente, apresentarão à Secretaria de saúde.

5. CONCLUSÃO

Os transtornos psiquiátricos mais comuns na ESF Caic 1 foram ansiedade, depressão, distímia e abuso de álcool e drogas. Os TH foram classificados, segundo os sintomas, em TAB, depressão ou distímia.

Alguns problemas sociais foram apontados como determinantes no aparecimento dos TH, como crises conjugais e familiares, desemprego, pobreza, más condições de habitação e a presença de doenças crônicas associadas.

A equipe apontou algumas formas de aumentar o conhecimento dos pacientes e familiares acerca de seu problema a fim de diminuir o preconceito e aumentar a adesão ao tratamento proposto. São alguns exemplos: confecção de cartazes e panfletos, palestras educativas e grupos operativos.

Foi elaborado pelo médico da equipe e psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) um documento para a Secretaria Municipal de Saúde e Gerência Regional de Saúde apresentando as principais dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde da família no cuidado em saúde mental, destacando a necessidade de capacitação da equipe, importância de serviço especializado com mecanismo de referência e contra referência e estruturação do local de controle dos surtos psiquiátricos.

O momento estratégico e operacional do Planejamento Estratégico Situacional é a hora de analisar as operações que serão realizadas, se há conflitos do ponto de vista político, muitas exigências do ponto de vista econômico e que necessitam de tecnologia de alta complexidade. Verificam-se então os obstáculos a serem superados para transformar o desenho em realidade, os recursos críticos necessários, a capacidade organizativa e institucional da equipe e os objetivos a serem alcançados. Todas essas reflexões objetivam a construção de viabilidade para as propostas de intervenção elaboradas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **British Journal of Psychiatric**, v.171, p.524-9, 1997.

ALMEIDA, M. S. **Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde do sul do Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

ARANTES, D. V. Depressão na atenção primária à saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**, v.2, n.8, 2007. 261-70p.

BOTTI, N. C. L.; ANDRADE, W. V. A saúde mental na Atenção Básica: articulação entre os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. **Cogitare Enferm**, v.13, n.3, p.387-94, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. 2010. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Volta para Casa – Residências Terapêuticas**. 2010b. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/residencias.html>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Boletim do nº01/03 da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2013.

BRUNONI, A. R. Transtornos mentais comuns na prática clínica. **Rev Med São Paulo**, v.87, n.4, p.251-63, 2008.

CAMPOS, F. C. C. *et al.* **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 112p.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. **A família como foco da Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 94p.

COELHO, V. F. **Acolhimento em Saúde Mental na unidade básica**: uma revisão teórica. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

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. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.9, p.2043-53, 2008.

LINZER, M.; SPITZER, R.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J. B.; HAHN, S.; BRODY, D.; DEGRUY, F. Gender, quality of life and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. **Am Journal Med**, n.101, 1996. 526-33p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Saúde Mental**: nova compreensão, nova esperança. Geneva: OMS, 2004.

PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. **Saúde Mental**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 77p.

PITTA, A. M. F. **Reorientação do modelo de atenção**: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: Delgado PG, organizador. Cadernos de Textos: III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TADOKORO, D. C. **Transtornos mentais na atenção primária**: uma reflexão sobre a necessidade de organizar e acolher a demanda dos usuários do SUS. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

VECCHIA, M. D. **A saúde mental no programa de saúde da família**: estudo sobre práticas e significações de uma equipe. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu. 2006.

WORLD HEALTH ORGAN – WHO. **Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders**. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, n.78, 2000.