

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CLARISSA PIMENTEL DO COUTO

MELHORIA DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: PROJETO DE INTERVENÇÃO

JUIZ DE FORA/ MG

2019

CLARISSA PIMENTEL DO COUTO

**MELHORIA DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof^a. Dr^a. Márcia Christina Caetano Romano

JUIZ DE FORA /MG

2019

CLARISSA PIMENTEL DO COUTO

**MELHORIA DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Prof^a. Dr^a. Márcia Christina Caetano Romano – orientadora (UFSJ)

Prof^a Alba Otoni (Universidade Federal de São João del Rei)

Aprovado em Belo Horizonte, em 02 de dezembro de 2019.

RESUMO

O sofrimento mental tem sido apontado como um problema de saúde pública e uma das principais causas de procura no serviço de atenção primária atualmente. Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para melhorar a atenção em saúde mental oferecida na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Veras Sobrinho pela equipe Jair Ferreira de Toledo no município de Mar de Espanha - Minas Gerais. Para a elaboração do projeto de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados informatizadas com os descritores: estratégia saúde da família, saúde mental e sistema único de saúde. Acredita-se que o plano de intervenção elaborado irá direcionar a equipe no atendimento aos pacientes com transtorno mental visando oferecer um acolhimento, tratamento e acompanhamento de qualidade aos mesmos.

Descritores: Estratégia Saúde da Família. Saúde Mental. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Mental suffering has been identified as a public health problem and one of the main causes of demand in the primary care service today. This paper aims to develop an intervention project to improve mental health care offered at basic health Unit (UBS) José Veras Sobrinho by the Jair Ferreira de Toledo team in the municipality of Mar de Espanha - Minas Gerais. For the elaboration of the intervention project the Situational Strategic Planning Method was used. A bibliographic search was performed in the computerized databases with the descriptors: family health strategy, mental health and single health system. It is believed that the elaborated intervention plan will direct the team in the care of patients with mental disorders aiming to offer a quality welcome, treatment and follow-up to them.

Descriptors: Family Health Strategy. Mental Health. Unified Health System .

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 Aspectos gerais do município	07
1.2 Aspectos da comunidade	07
1.3 O sistema municipal de saúde	09
1.4 A Unidade Básica de Saúde José Veras Sobrinho	10
1.5 A Equipe de Saúde da Família Jair Ferreira de Toledo	10
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	11
1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	12
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVO	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	20
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	20
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	20
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	20
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Mar de Espanha é uma cidade com 12.725 habitantes com densidade demográfica de 31,62 hab/km². O município está situado na mesorregião zona da Mata do Estado de Minas Gerais, microrregião de Juiz de Fora e dista 358 km da Capital do Estado que é Belo Horizonte (IBGE,2019).

A cidade apresenta 3584 domicílios na zona urbana e 307 na zona rural e 86,2% dos domicílios com esgotamento sanitário adequado, 59,9% de domicílios urbanos em vias públicas arborizadas e 44,1% de domicílios em vias públicas com urbanização adequada. A taxa de população ocupada em relação a população total é de 26,2% e a média de salário entre os trabalhadores formais é de 1,1 salários mínimos (IBGE,2019).

A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que se revezam frente à administração pública ao longo de décadas.

1.2 Aspectos da comunidade

A comunidade onde a equipe atua engloba o Centro da cidade e o bairro Monte Líbano. Os dois bairros apresentam saneamento básico adequado, porém apresentam grandes diferenças socioeconômicas entre os seus moradores. Os usuários do bairro Centro apresentam reduzidas taxas de desemprego e abstenção escolar, grande parte dos domicílios se encontra em ótimas condições de conservação, além de apresentar um nível socioeconômico mais favorável. Em contrapartida os moradores do bairro Monte Líbano têm taxas maiores de desemprego, menor nível educacional e econômico, além da convivência com o tráfico de drogas que ocorre na região de forma indiscriminada.

A partir da coleta de dados pela equipe foram identificadas como principais condições de saúde que afetam a comunidade: Hipertensão Arterial Sistêmica (479 usuários), Sofrimento mental (365 usuários), Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2 (168 usuários) e Abuso de drogas (68 usuários). O Quadro 1 aponta os aspectos demográficos da comunidade.

Quadro 1 – Aspectos demográficos da Comunidade Jair Teixeira de Rezende, Mar de Espanha, MG, 2019.

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	4	5	9
1-4	74	73	147
5-14	117	176	293
15-19	89	111	200
20-29	177	226	403
30-39	177	223	400
40-49	146	178	324
50-59	150	216	366
60-69	148	179	327
70-79	90	108	198
≥ 80	33	63	96
TOTAL	1205	1558	2763

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (2019)

O Quadro 2 aponta os aspectos epidemiológicos da comunidade.

Quadro 2– Aspectos epidemiológicos da Comunidade Jair Teixeira de Rezende, Mar de Espanha, MG, 2019

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	12
Pacientes com HAS	479
Pacientes com DM	168
Pessoas com doenças respiratórias (asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), enfisema, outras)	17
Pessoas que tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC)	11
Pessoas que tiveram infarto	10
Pessoas com doença cardíaca	35
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	9

Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	1
Pessoas com câncer	6
Pessoas com sofrimento mental	365
Acamados	16
Fumantes	145
Pessoas que fazem uso de álcool	10
Usuários de drogas	66

Fonte: SIAB (2019)

1.3 O sistema municipal de saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) Municipal está sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde e é composto por setores como Atenção Básica e Especializada, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Tratamento Fora do Domicílio (TFD), Odontologia, Assistência Farmacêutica, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia.

Existem no município cinco equipes de saúde da família, contendo 12.384 pessoas cadastradas atualmente. Possui três UBS do tipo 2, localizadas no Centro, bairro Jardim Guanabara e bairro Floresta, e distam entre si, aproximadamente 3 km e 4 km respectivamente. Há no município especialistas das áreas de Cardiologia, Ginecologia, Ortopedia e Pediatria que se revezam para atendimento nas unidades de saúde existentes.

O município dispõe de um hospital com 43 leitos, sendo que 36 são disponibilizados para o SUS e sete são particulares. Quando há necessidade de encaminhamento para especialistas (consultas eletivas) durante o atendimento nas UBS o mesmo é feito através de TFD e os usuários procuram a Secretaria Municipal de Saúde para fazer a marcação. Os casos de urgência são sempre encaminhados ao Hospital local, que de acordo com o caso pode resolvê-lo no próprio hospital ou encaminhados via Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

O modelo de atenção à saúde predominante no município é o modelo de atenção as demandas crônicas, porém, ele apresenta inúmeras falhas como a dificuldade na hierarquização das redes de atenção.

1.4 A Unidade Básica de Saúde José Veras Sobrinho

A UBS José Veras Sobrinho está localizada no Centro da cidade, região de fácil acesso pelos usuários. Nesta unidade existem duas equipes que compartilham o mesmo espaço físico, totalizando 2126 famílias assistidas. O espaço físico da unidade é composto por três consultórios médicos, um consultório de enfermagem, salas para vacina, curativos, procedimentos, esterilização, observação, cozinha, sanitários e recepção. Apesar do número de cômodos, os mesmos são pequenos para as necessidades das equipes.

O funcionamento da unidade atualmente é de segunda a sexta-feira. Na segunda-feira o horário é estendido de sete às 19h, para alcançar os usuários que trabalham, nos demais dias a unidade funciona de sete às 17h.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Jair Ferreira de Toledo, da Unidade Básica de Saúde José Veras Sobrinho

A equipe de saúde Jair Ferreira de Toledo é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

A organização dos atendimentos médicos prioriza a atenção à demanda crônica, com dias específicos na agenda semanal para consultas de Hipertensão, saúde mental, pré-natal e puericultura. Os atendimentos de demanda aguda são realizados apenas na segunda e quinta-feira à tarde.

As visitas domiciliares são realizadas semanalmente, sendo quatro visitas por semana, e contam com a presença da médica, da enfermeira e/ou da técnica e da ACS responsável pelo domicílio.

As consultas, vacinação e procedimento realizados pela enfermagem ocorrem de acordo com a demanda do dia.

1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O método da estimativa rápida usa como fontes as informações sobre os pacientes já registradas, a entrevista com informantes-chave e a observação ativa da área. Apesar de vantajoso este método também apresenta desvantagens como a dificuldade em quantificar a dimensão dos problemas, a pesquisa baseada na opinião das pessoas e a não comparação dos problemas em diferentes áreas, municípios ou regiões (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para a definição de problemas existentes na comunidade em que a Equipe Jair Ferreira de Toledo atua foram colhidas informações existentes no SIAB e posterior discussão com os membros da equipe em reunião, na qual cada membro expressou sua opinião formada através de sua prática clínica e vivência com a comunidade.

Os principais problemas encontrados em nossa área de abrangência através dessa estimativa foram a alta prevalência de pessoas com sofrimento mental (especialmente transtornos do humor), o uso indiscriminado de psicotrópicos, o uso de drogas ilícitas, gravidez não planejada e a prática deficiente do autocuidado.

1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 3- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Jair Ferreira de Toledo, Unidade Básica de Saúde José Veras Sobrinho, município de Mar de Espanha, estado de Minas Gerais, 2019.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Sofrimento mental	Alta	7	Parcial	1
Uso indiscriminado de psicotrópicos	Alta	5	Parcial	2
Abuso de substâncias	Alta	5	Parcial	2
Gravidez não planejada	Alta	4	Parcial	3
Auto-cuidado	Alta	4	Parcial	3

Fonte: Própria autoria

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 10

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

No Quadro 3 estão identificados os principais problemas encontrados na comunidade: sofrimento mental, uso indiscriminados de psicotrópicos, abuso de substâncias, gravidez não planejada e a prática deficiente do auto-cuidado. Todos os problemas apresentaram importância alta, urgência variando de quatro a sete numa escala de zero a 10 e capacidade de enfrentamento parcial pela equipe. A seleção foi feita após ordená-los considerando esses três itens e o problema eleito como prioridade em na comunidade foi o sofrimento mental.

2 JUSTIFICATIVA

A partir da realização do diagnóstico situacional da área de responsabilidade da equipe Jair Teixeira de Rezende por meio de reuniões, pesquisas de dados e discussões de equipe (médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS) encontrou-se como consenso de que o principal problema que atualmente está predominando nessa população refere-se à alta incidência de pessoas em sofrimento mental na comunidade.

No Brasil, têm-se como prioritário o atendimento de pessoas com transtornos mentais pela atenção básica, o que nos leva a refletir sobre a importância deste serviço na saúde pública. A demanda em nosso país é muito grande, cerca de 10 a 12% da população necessitam de cuidados em saúde mental e cerca de 3% necessitam de cuidados contínuos nessa área (LIMA; SICILIANE; DREHMER, 2012).

Como a demanda alta de transtornos mentais em nossa área de abrangência está refletindo essa realidade atual do Brasil, cabe a equipe de atenção primária se capacitar e promover intervenções para oferecer um melhor atendimento e acompanhamento aos pacientes em sofrimento mental que buscam auxílio em nossa UBS.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção para proporcionar um melhor atendimento aos pacientes de saúde mental na UBS José Veras Sobrinho em Mar de Espanha-MG.

4 METODOLOGIA

A proposta de intervenção para este projeto foi definida após um diagnóstico situacional em saúde, incluindo reunião com a equipe de saúde Jair Teixeira de Rezende e coleta de dados demográficos e epidemiológicos no SIAB e no sistema de captação de dados e-sus.

Neste projeto será utilizado o método simplificado do PES, um método flexível que se adapta as constantes mudanças da situação real e não separa as funções de planejamento das funções de execução. O PES é constituído por quatro passos: o momento explicativo que busca conhecer a situação atual através da identificação, priorização e análise dos seus problemas; o momento normativo quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas; o momento estratégico que busca analisar e construir viabilidade para as propostas de soluções elaboradas e por fim o momento tático-operacional que é a execução do plano (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no *Scientific Eletronic Library OnLine* (SciELO), com os seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família, Saúde Mental, Sistema Único de Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Conceito de Sofrimento Mental

O sofrimento mental atualmente é compreendido pela sociedade como objeto de intervenção da ciência médica. Tal sofrimento tem recebido diferentes nomenclaturas que são utilizados em diferentes momentos da nossa história: loucura, alienação, doença mental, transtorno mental e sofrimento psíquico (D'OLMO; CERVI, 2017).

A nomenclatura médica utilizada é a de transtorno mental e o sofrimento é uma consequência desse transtorno, promovendo alterações no funcionamento da mente que prejudicam a vida familiar, social e afetiva do paciente. O sofrimento mental não é proveniente de uma causa determinada, mas de fatores biológicos, psicológicos e, sobretudo, socioculturais (D'OLMO; CERVI, 2017).

São exemplos de transtornos mentais os estados de depressão compreendidos pelo sentimento persistente de tristeza, desânimo e fadiga; os estados de mania que podem vir acompanhados de irritabilidade, ideais de grandeza, taquipsiquismo, logorreia e sono diminuído; a ansiedade em nível elevado, crônico e incessante que pode originar síndrome do pânico ou até um transtorno obsessivo-compulsivo; a esquizofrenia que se caracteriza pela presença de alucinações dentre outros sintomas (D'OLMO; CERVI, 2017).

Já o chamado sofrimento mental comum é representado pelas queixas frequentes na Atenção Básica de sintomas como tristeza, desânimo, ansiedade, irritabilidade, medo, dentre outras que costumam vir associadas a outras queixas de sintomas físicos como mudança do sono e apetite, dores, cansaço, palpitações, tonturas ou até mesmo alterações gástricas e intestinais (BRASIL, 2013).

Observa-se que esses sintomas correspondem a três síndromes muito frequentes na Atenção Básica, que são a depressiva, a ansiosa e a de somatização. É comum que essas síndromes ocorram simultaneamente em muitos usuários, ou seja existem muito mais quadros mistos do que puros (BRASIL, 2013).

Essas três síndromes também compartilham fatores de risco semelhantes e curso clínico flutuante e por isso deve-se pensar nelas como dimensões diferentes do sofrimento mental comum e não considerar cada síndrome com diagnóstico ou categoria separado. Isso evita a sobreposição de comorbidades e que se sucedam diagnósticos que nada mais são do que diferentes combinações de sintomas (BRASIL, 2013).

5.2 Atenção à saúde do portador de sofrimento mental

A reforma psiquiátrica do Brasil que ocorreu no final da década de 1970 provocou grandes mudanças na forma de cuidar e de olhar para o paciente em sofrimento psíquico. Essa reforma representou uma ruptura radical do antigo modelo manicomial através da construção de um novo paradigma científico, político e ético de cuidado (ESLABÃO et al., 2017).

Nascidas com a redemocratização, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica brasileira são parte de um país que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde. Tanto na Atenção Básica quanto na Saúde Mental, saúde e cidadania não podem ser dissociadas (BRASIL, 2013).

Na década de 1980, experiências municipais deram início à desinstitucionalização dos residentes em manicômios criando serviços de atenção psicossocial para promover a (re) inserção de usuários em seus territórios existenciais. A medida que se expandiam serviços de cuidado longitudinais e intensivos para os períodos de crise, os hospitais psiquiátricos foram se fechando. A atenção aos portadores de transtorno mental começa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle da sua sintomatologia (BRASIL, 2013).

Na década de 2000 amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (RAPS), que passa a integrar a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011 o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os serviços que substituíram o modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de

Convivência (CECOS), as enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, dentre outros. As Unidades Básicas de Saúde cumprem também uma função essencial na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental (BRASIL, 2013).

A criação e implantação da Estratégia Saúde da Família(ESF) nas UBS foi uma conquista importante. Essa mudança propõe caráter territorial, acesso universal, relação de vínculos com usuários e famílias, integração das ações de prevenção, reabilitação e tratamento e organização das redes de atenção (ESLABÃO et al., 2017).

A ESF é fundamental na atenção à saúde mental da população. Com a proposta de mudança do modelo biomédico tradicional para um modelo centrado no indivíduo e suas relações familiares e socioculturais, a concepção de saúde tornou-se mais ampla, promovendo um maior entendimento do processo saúde-doença (ESLABÃO et al., 2017).

O ambiente de cuidado no trabalho da ESF são os espaços de vida: a rua, as instituições, o CAPS, e o território, espaço comum de todos os sujeitos. Portanto pode se entender que para cuidar da saúde da população em seu território é preciso conhecer as famílias, os modos de vida, as dificuldades de saúde e saber articular e compartilhar essas redes para promover a integralidade das ações (ESLABÃO et al., 2017).

Chiaverini em 2011 apontou algumas ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica nos mais diversos dispositivos de cuidado, que são: proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir; exercer boa comunicação, exercitar a habilidade de empatia; lembra-se de escutar o que o usuário diz; acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; oferecer suporte na medida certa e reconhecer os modelos de entendimento do usuário (BRASIL, 2013).

No que se refere ao cuidado em saúde mental na Atenção Primária, ainda há muitos desafios e incertezas em relação à forma de gerenciar as ações. Isso se deve à um

conhecimento insuficiente da rede de cuidados, das possibilidades de articulações, dos recursos disponíveis no território e dinâmica do movimento dos usuários em sofrimento psíquico nos serviços de saúde e na comunidade (ESLABÃO et al., 2017).

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida dos usuários, orientando a produção de vida e saúde e não se restringindo a cura de doenças. É preciso acreditar que a vida possui diferentes formas de ser percebida, experimentada e vivida. Portanto é necessário olhar o indivíduo em suas várias dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Sofrimento Mental”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Destaca-se que é a alta prevalência de sofrimento mental nos pacientes de nossa área de abrangência. Os dados que corroboram a descrição deste problema são a presença de 365 usuários com algum transtorno mental em tratamento atualmente, o que corresponde à 13,2% dos 2763 usuários cadastrados na área.

Além disso no município não há psiquiatra para atender toda a população e inexistem serviços de apoio como o CAPS e as residências terapêuticas.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Os transtornos mentais são explicados pela associação entre fatores genéticos e um conjunto de fatores ambientais, dentre eles podemos destacar o uso de drogas lícitas e ilícitas, pouco acesso a atividades de lazer e/ou que estimulem o contato social, o desarranjo familiar (como o abandono por parentes de 1º grau e o divórcio), baixo nível socioeconômico, doenças clínicas associadas, perda da autonomia, esgotamento profissional e ausência de práticas de atividade física

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

- 1- Pouca informação sobre os transtornos pelos pacientes e familiares
- 2- Baixa disponibilidade de psicoterapia
- 3- Abuso de substâncias
- 4- Ausência de atividades de lazer

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Os desenhos das operações estão citados em formas de quadro.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Sofrimento Mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jair Teixeira de Rezende, do município Mar de Espanha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Pouca informação sobre os transtorno mentais
Operação	Compartilhar informações sobre saúde mental
Projeto	Saúde Mental em foco
Resultados esperados	Melhorar o comprometimentos dos usuários com transtornos mentais em seu tratamento e aumentar o apoio social e familiar
Produtos esperados	Avaliação dos conhecimentos prévios da comunidade; Palestras de conscientização e informação sobre os transtornos mentais
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre os transtornos Organizacional: Separação de um espaço, computador e projetor para usar nas palestras Político: Apoio ao projeto e divulgação nos meios de comunicação da prefeitura Financeiro: Folhetins informativos, impressão de questionários
Recursos críticos	Organizacional: Conseguir espaço, computador e projetor para usar nas palestras Político: Apoio e divulgação pela prefeitura
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Coordenador da APS; Secretaria Municipal de Saúde Motivação:Favorável
Ações estratégicas	Não há necessidade
Prazo	Início das atividades em três meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reunião semanal

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Sofrimento Mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jair Teixeira de Rezende, do município Mar de Espanha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Baixa disponibilidade de psicoterapia
Operação	Aumentar o acesso a Psicoterapia
Projeto	Psicoterapia para todos
Resultados esperados	Acesso à psicoterapia para todos os usuários que dela necessitam
Produtos esperados	Criação da terapia em grupo para os indivíduos que possam obter benefícios com a mesma; Contratação de mais psicólogos
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento na área de Psicologia Organizacional: Separação de espaço para as terapias em grupo, organização da agenda dos psicólogos Político: Mobilização de recursos para contratação ou para aumentar a carga horária dos psicólogos Financeiro: Contratação de mais psicólogos
Recursos críticos	Político: Mobilização de recursos Financeiro: Contratação de psicólogos
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Prefeito Municipal Secretaria Municipal de Saúde Motivação: Indiferente
Ações estratégicas	Apresentação do projeto e da lista de espera de pacientes para psicoterapia
Prazo	Apresentação do projeto em três meses Início da terapia em grupo em seis meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Psicólogo
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reunião quinzenal

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Sofrimento Mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jair Teixeira de Rezende, do município Mar de Espanha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Abuso de substâncias
Operação	Diminuir os transtornos por uso e abuso de drogas
Projeto	Juventude sem drogas
Resultados esperados	Menores taxas de uso e abuso de substâncias na comunidade
Produtos esperados	Campanha de conscientização sobre os malefícios do uso de drogas em escolas;
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimentos sobre a dependência de substâncias Organizacional: Organização na agenda dos profissionais para que possam realizar a campanha fora da UBS Político: Solicitar apoio e autorização das escolas para realizar a campanha Financeiro: Folhetins informativos
Recursos críticos	Político: Solicitar apoio e autorização das escolas para realizar a campanha
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Secretaria da Educação Motivação: Favorável
Ações estratégicas	Não há necessidade
Prazo	Início das atividades em 4 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Técnica de Enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reunião quinzenal

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Sofrimento Mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jair Teixeira de Rezende, do município Mar de Espanha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 4	Ausência de atividades de lazer
Operação	Aumentar as opções de lazer e convivência social para os usuários
Projeto	Convivendo
Resultados esperados	Opções de lazer e convivência disponíveis para os usuários em sofrimento mental
Produtos esperados	Criação de espaço com opções de atividades manuais e musicais para pessoas com transtorno mental; Grupos de conversa orientados por profissional para os usuários com transtornos mentais
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre estratégias de comunicação Organizacional: Organização da agenda e funcionamento do projeto Político: Apoio e mobilização de um espaço e objetos para a realização do projeto Financeiro: financiamentos dos materiais usados nas oficinas; remuneração dos estagiários ou profissionais
Recursos críticos	Político: Apoio e mobilização de um local para funcionar o projeto Financeiro: Financiamento dos materiais e remuneração de profissionais
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Prefeito Municipal; Secretaria Municipal de Saúde Motivação: Indiferente
Ações estratégicas	Apresentação do projeto; Apresentação das pequenas taxas de pacientes que frequentam o CAPS na cidade de Bicas
Prazo	Apresentação do projeto em seis meses e 18 meses para iniciar as atividades
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reunião semanal

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de intervenção proposto irá direcionar os profissionais da Equipe Jair Teixeira de Rezende no atendimento aos usuários em sofrimento psíquico que procuram a Unidade Básica de Saúde José Veras Sobrinho no município de Mar de Espanha – MG.

Esse problema foi selecionado pela equipe depois de realizar uma análise situacional de saúde, onde observaram que predominam os quadros de sofrimento mental na população correspondente. Portanto, com base nas causas do problema (nós críticos) foram propostas ações preventivas e que contribuam para o tratamento e acompanhamento dos transtornos mentais já identificados, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos usuários.

REFERENCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/mar-de-espanha/panorama>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. 176p.

CHIAVERINI, D. H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

DEL'OLMO, F. S.; CERVI, T. C. D. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Sequência (Florianópolis)**, n. 77, p. 197-220, 2017.

ESLABÃO, A. D, *et al*. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **RevGaucha Enf**. 38(1), 2017.

LIMA, F.G; SICILIANE, C.C; DREHMER, L. B. R. O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira. **Com. Ciências Saúde**.,24(2), p. 143-148, 2012.