

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

MERIALIS ARACELIS ARIAS MAESTRE

**INTERVENÇÃO PARA QUALIFICAR A ATENÇÃO A PESSOAS
COM TRANSTORNOS DE SAÚDE MENTAL NA UBSF JARDINS
CANAÃ IV**

UBERLANDIA - MINAS GERAIS

2016

MERIALIS ARACELIS ARIAS MAESTRE

**INTERVENÇÃO PARA QUALIFICAR A ATENÇÃO A PESSOAS
COM TRANSTORNOS DE SAÚDE MENTAL NA UBSF JARDINS
CANAÃ IV**

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

Orientadora: Professora Thais Porlan de Oliveira

UBERLANDIA – MINAS GERAIS

2016

DEDICATÓRIA

À equipe e população assistida pela ESF Canaã IV, que há mais de 12 meses fazem parte da minha vida.

A Meus filhos, que são a força para resistir e vencer, a meus pais e meu esposo, pelo incentivo e apoio em todos os momentos da minha formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por meus filhos, a minha família e amigos pelo incentivo, compreensão e apoio em todos os momentos de que precisei.

EPÍGRAFE.

A depressão é a incapacidade de construir um futuro. –
Rollo May.

RESUMO

Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva e emocional de um indivíduo, e pode incluir a capacidade deste em apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Esta proposta de intervenção buscou analisar o quadro de saúde mental para qualificar a atenção à população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Canaã IV, no município Uberlândia, propondo ações de promoção e prevenção em saúde mental, com o intuito de oferecer uma melhor qualidade de vida aos seus usuários. A coleta de dados foi realizada a partir da análise dos registros internos dos profissionais da equipe e os resultados foram comparados com o referencial teórico descrito na revisão bibliográfica. Detectou-se um índice de prevalência de 9% de portadores de transtornos mentais em nossa população, muito perto da média do país e de países com cuidados primários em saúde, que é da ordem de 10%. Concluiu-se que é alto o índice de transtornos mentais comuns nos pacientes atendidos pela ESF Canaã IV e o plano de ação proposto pode qualificar a atenção dada aos pacientes com transtornos da saúde mental de nossa área de abrangência.

Palavras-chave: Saúde mental; Atenção Primária a Saúde; Sistema Único de Saúde; Depressão.

ABSTRACT

Mental health is a term used to describe the level of quality of cognitive and emotional life of an individual, and may include the ability of this in enjoying life and seek a balance between the activities and efforts to achieve psychological resilience. This intervention proposal aimed to analyze the mental health framework to describe the attention of the population enrolled in the Canaã IV Family Health Strategy (FHS) located in Uberlândia municipality, proposing actions of promotion and prevention in mental health, in order to offer a better quality of life for its users. It is an intervention proposal. Data collection was conducted through the analysis of internal records of the team members and the results were compared with the theoretical framework described in the literature review. Detected a prevalence rate of 9% of people with mental disorders in our population, very close to the national average and countries with primary health care, which is around 10%. It was concluded that is high rate of common mental disorders in patients served by the Canaã IV ESF and therefore proposes a plan of action, in order to qualify the care of patients with mental health disorders in our coverage area.

Keywords: Mental health; Primary Health Care; Health System; Depression.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

APS - Atenção Primária à saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

PA - Pronto Atendimento

PES - Projeto de estimativa simplificada

SIAB - Sistema de informação de atenção básica

TMC - Transtorno Mental Comum

TMM - Transtorno Mental Maior

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UAIS- Unidade de atendimento integral.

OMS- Organização Mundial da Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICATIVA.....	25
3. OBJETIVOS.....	26
4. METODOLOGIA.....	27
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	32
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	37
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
8. REFERENCIAS.....	45

1. INTRODUÇÃO

1.1. Identificação do município

1.2. Caracterização

O município de Uberlândia foi fundado em 31 de agosto de 1888. Está localizado no Estado de Minas Gerais, na Região Ampliada de Saúde do Triângulo Norte. Uberlândia possui 4 distritos: Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama. Subdivide-se em 5 setores sanitários: Norte, Sul, Oeste, Leste e Central (IBGE, 2015).

1.3. Histórico de criação do município

Em 1682, passara pelas terras de M. Gerais, em direção a Goiás, o bandeirante Bartolomeu Bueno da Silva, “O Anhanguera”, cujo filho viria a organizar a primeira exploração da região no ano de 1722. Por volta de 1823, após a proclamação da independência do Brasil, começaram a chegar do sul de Minas, as famílias que deram início ao processo de produção econômica organizada: plantação de mandioca, cereais e criação de gado. O Distrito de Paz foi criado, com a denominação de São Pedro de Uberabinha, na Paróquia e Município de Uberaba, pela Lei provincial nº. 602, de 21 de maio de 1852 e elevado à freguesia pela de nº. 831, de 11 de junho de 1857. A Lei nº. 4.643, de 31 de agosto de 1888, criou o Município de Uberabinha, constituído pelas freguesias de São Pedro de Uberabinha (sede) e Santa Maria, está desmembrada do Termo de Monte Alegre e aquela do de Uberaba. A instalação verificou-se a 14 de março de 1891. Pelo disposto na Lei estadual nº. 2, de 14 de setembro desse ano, o distrito de Uberabinha teve confirmada sua criação. A Lei estadual nº. 23, de 24 de maio de 1892, concedeu categoria de cidade à sede do Município. Este se apresenta em 1911 (Divisão Administrativa) e no Recenseamento Geral de 1920 integrado pelos distritos de

Uberabinha e Santa Maria. Por força da Lei estadual nº. 843, de 7 de setembro de 1923, o Município passou a abranger o novo distrito de Martinópolis, criado com território desmembrado do distrito-sede. Seis anos depois, em 1929, na conformidade do disposto em Lei estadual número 1.128, de 19 de outubro, o Município e o distrito passaram a denominar-se Uberlândia. Por força do

Decreto-lei estadual nº 1.058, de 31 de dezembro de 1943, o Município passou a constituir-se de 5 distritos: Uberlândia, Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia (ex-Martinópolis), Miraporanga (ex-Santa Maria) e Tapuirama, assim permanecendo até hoje. A Comarca de Uberabinha foi criada pela Lei estadual nº. 11, de 13 de novembro de 1891, e teve o topônimo mudado para Uberlândia pela Lei estadual nº. 1.128, acima citada. 17: Comarca de 3.^a instância (BRASIL, 2015).

1.4. Extensão e área do município

Uberlândia possui uma extensão territorial de aproximadamente 4.115,82 Km², sendo que a área de maior extensão é a rural, com cerca de 3.896,82 Km², correspondendo a 94,67% da extensão do município. A área urbana, por sua vez, possui cerca de 219 Km², equivalente a 5,23% da área total do município (BRASIL, 2015).

1.5. População

A população de Uberlândia em 2010, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), correspondia a 604.013 habitantes, sendo que desse total, 2,77% residem na zona rural, correspondente a 16.745 habitantes. Atualmente, o município está subdividido em 4 distritos (Cruzeiro dos Peixotos (24 km), Martinésia (32 km), Miraporanga (50 km) e Tapuirama (38 km)) e 5 setores sanitários. É importante ressaltar que a população considerada neste PMS se refere ao ano de 2010, a última registrada e divulgada pelo (IBGE, 2015).

1.6. Densidade demográfica

A estimativa da população para o ano de 2013, segundo o IBGE, foi de 646.673 habitantes, 7,06% a mais que no ano de 2010. Na Figura 1 verificam-se as características de cor/raça da população residente (BRASIL, 2015).

Figura 1 – Porcentagem populacional segundo cor/raça

COR\ RAÇA	PORCENTAGEM
Branca	55.8%
Negra	8.4%
Parda	34.5%
Amarela	1.1%
Indígena	0.2%

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

1.7. Crescimento populacional

Segundo o censo de 2010, a população na área urbana do município é de 587.267 habitantes, comparando com a população de 2000 que foi de 488.982 habitantes, o crescimento populacional foi de 20,1% em 2010, ou seja, 98.285 habitantes na área urbana. Na área rural, a porcentagem de crescimento foi de 36,9% resultando num aumento de 4.513 habitantes em 2010 (IBGE, 2000/2010).

1.8. Crescimento urbano

No Brasil, entre as décadas de 1940 e 1980 observou-se um dos maiores movimentos migratórios de sua história, pressionadas pela expansão das fronteiras agrícolas e pela densidade demográfica. Como na maioria dos países subdesenvolvidos, bastaram poucas décadas para as cidades alcançarem cifras de centenas de milhares e até milhões de habitantes. Este crescimento acelerado da população urbana tem causado problemas na infraestrutura de algumas cidades cuja velocidade de crescimento e transformação ultrapassam sua capacidade de reorganização. Apesar do crescimento das cidades ser um fenômeno mundial, apresenta-se cada vez mais, como um dos principais desafios às equipes de planejamento que lutam para garantir que o crescimento e não signifique queda da qualidade dos serviços públicos ofertados à população. Segundo Cunha (2005), no Brasil, embora o movimento de êxodo rural tenha diminuído a partir da década de 1990, novos movimentos migratórios

como a migração intermunicipal foram identificados. Tais movimentos combinados com o crescimento vegetativo têm provocado o crescimento de algumas cidades para índices muito maiores que os padrões observados nacionalmente. O rápido crescimento populacional das cidades, sobretudo as cidades médias têm como consequência imediata a pressão por moradia. Esta pressão se manifesta especialmente no adensamento de áreas urbanizadas, e no crescimento da malha urbana rumo à periferia, o que ocorre através da implantação de novos loteamentos e a construção de conjuntos habitacionais.

Muito já foi discutido sobre os impactos que este crescimento e adensamento urbano provocam sobre a infraestrutura das cidades, principalmente quando nos referimos às redes de transporte, ao tamanho das vias e sistemas de abastecimento de água, à coleta de esgoto e drenagem pluvial, considerados ainda os principais elementos a serem analisados nas etapas de planejamento urbano. Entretanto, o crescimento urbano gera consequências a um conjunto bem maior de serviços amplamente utilizados pela população, entre eles a necessidade da ampliação das redes de atendimento social muitas vezes proposta nas etapas de planejamento urbano como serviços saúde, educação e lazer (BRASIL, 2015).

Na proposta de trabalho para a 1ª Conferência Nacional em Saúde Ambiental, podemos verificar a seguinte afirmação: Em relação ao Brasil, país que apresenta ampla diversidade ambiental, cultural, étnica e fortes contrastes econômicos, as situações de saúde e suas relações com o meio ambiente devem ser analisadas a partir de seus territórios, considerando as características das populações e os possíveis cenários de desenvolvimento, sejam eles na cidade, no campo ou na floresta. A busca de soluções para este quadro diversificado requer a formulação e gestão de políticas públicas interdisciplinares, integradas, Inter setoriais, participativas e territorializadas (BRASIL, 2015). Com base nesse documento, os órgãos gestores devem articular-se na busca de um planejamento mais assertivo que contemple as necessidades da população, observando seu perfil e diversidade.

Neste sentido o planejamento de serviços de apoio social como educação, lazer e saúde são muitas vezes analisados tardiamente, em fases posteriores do planejamento obrigando os profissionais das áreas de educação e

A depressão é a incapacidade de construir um futuro. –Rollo May.

Autora :Merialis A Arias Maestre

saúde a adaptar seus planos às estruturas em implantação ou já implantadas. Tais adaptações normalmente requerem novas intervenções que, além de deixar a população instalada com serviços muitas vezes deficientes, exigem recursos nem sempre disponíveis pelo poder público, sobretudo por não terem sido mensuradas nas fases de planejamento.

O município de Uberlândia é um exemplo de pólo regional de atração migratória apresentando nas últimas décadas um dos maiores índices de crescimento populacional do Estado de Minas Gerais. Consequência direta desse crescimento foi o aumento da pressão por habitação que gerou além do adensamento populacional das áreas já urbanizadas, a rápida expansão da malha urbana da cidade principalmente em direção às regiões sul e oeste, aumentando consideravelmente nessas regiões a necessidade de ampliação e qualificação de serviços de saúde, entre outros. Com o lançamento do Programa Federal de Aceleração do Crescimento (PAC) em 2007, somado ao Programa Minha Casa Minha Vida, lançado também pelo Governo Federal no ano de 2009 e, ainda, aos incentivos feitos ao ramo da construção civil nos últimos anos, observa-se o crescimento considerável da malha urbana da cidade. Em relação aos serviços de atendimento em saúde, além do redimensionamento da capacidade de atendimento nas regiões já urbanizadas, eles requerem a construção de novos equipamentos públicos nas novas áreas. Neste sentido, é importante que a implantação de serviços como saúde, educação e lazer sejam incluídos efetivamente aos processos discutidos e mensurados durante as fases de planejamento de maneira a se evitar que a implantação destes serviços seja feita somente depois que a área já tenha sido urbanizada e ocupada (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Pensar no território requer pensar também nos diferentes interesses e relações de poder. Por um lado, temos uma população que sofre com o déficit habitacional, de outro, temos o poder público que procura cumprir com suas responsabilidades sociais e o capital privado interessado em lucrar com as vantagens que a economia oferece. O documento gerado na 13ª Conferência Nacional de Saúde Brasileira traz importantes diretrizes que contribuem para essa discussão. O Eixo II artigo 47 coloca que: O Ministério da Saúde deve com urgência mapear os empreendimentos previstos pelo PAC nos territórios de intervenção e indicar situações de risco e vulnerabilidades sociais, ambientais,

institucionais e de conhecimento, promovendo estratégias e ações para sua superação, garantindo a estrutura, nos três níveis de governo, para atender integralmente a saúde dos trabalhadores e das populações que sofram o impacto desses empreendimentos produtivos ou dessas obras de infraestrutura (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, BRASIL, 2015).

Uma forma de buscar minimizar o problema foi apontada com a aprovação da Lei Complementar Municipal nº 506 de 2009, que dispõe ao poder público municipal a possibilidade de exigir dos empreendedores de novos loteamentos a implantação total ou parcial dos equipamentos sociais que atendam adequadamente a demanda da população que futuramente ocupará estas áreas, desonerando o poder público municipal dos custos de construção destes equipamentos e garantindo que os novos loteamentos sejam entregues não só com a chamada infraestrutura básica, mas com os equipamentos assistenciais já implantados, principalmente no que concerne à educação e saúde. No setor saúde, no que diz respeito ao planejamento para implantação de novas Equipes de Saúde da Família, uma medida que consideramos necessária é a previsão de novos loteamentos e a estimativa da nova população residente. Neste caso, não é suficiente seguir o número de população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica, é fundamental fazer o levantamento dos novos empreendimentos, da nova população e a previsão de entrega dos novos loteamentos.

É necessário ainda mapear e registrar esse crescimento para que essa estimativa seja contemplada na Programação Anual de Saúde do Município, para que assim, possam ser feitas as análises orçamentárias e estruturais necessárias à implantação dos equipamentos públicos de saúde (UBERLÂNDIA, 2015).

1.9. Expectativa de vida

A expectativa de vida do brasileiro aumentou quase quatro anos em uma década e chegou ao patamar de 74 anos e 29 dias no ano de 2012, segundo os dados de mortalidade 2011 divulgadas pelo IBGE. Essa maior longevidade da nação, revelada pelo Instituto, não foi diferente em Uberlândia e a representatividade de pessoas com 75 anos ou mais aumentou de 1,68% para 2,57% na composição da população local no mesmo período. Segundo o IBGE a

expectativa de vida entre as mulheres aumentou de 77,4 anos para 77,7 anos, crescimento inferior ao obtido entre os homens. Em relação ao ano 2000, o aumento na expectativa de vida foi maior entre os homens, mesmo com as mulheres ainda vivendo consideravelmente mais. O ganho em mais de uma década na esperança de vida ao nascer foi de 3,8 anos para o sexo masculino e de 3,4 anos para o sexo feminino (IBGE, 2015).

1.10. Educação

Rede de ensino

Segundo os dados do município, no ano de 2011, em Uberlândia, o número de escolas municipais era de 107, sendo que passaram pela Educação Infantil 13.835 alunos, no Ensino Fundamental 35.413 alunos e no Ensino Especial 1.318 alunos (Portal de Prefeitura, UBERLÂNDIA, 2015).

O município possui ainda 68 escolas estaduais, 03 federais e 136 escolas particulares. Quanto ao Ensino Médio, a oferta é maior nas escolas estaduais, sendo que somente em 2011 essas escolas atenderam 20.5877 alunos (BDI-2012) A partir dos dados do Banco de Dados Integrado (BDI) do município de Uberlândia, é possível destacar algumas escolas municipais que participaram do Ensino de Jovens e Adultos (EJA), contando com 1.963 alunos (UBERLÂNDIA, 2015).

1.11. Estrutura organizacional da rede municipal de saúde e serviços

O Modelo de Atenção é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias. Em Uberlândia as ações são definidas em função da análise situacional considerando os perfis demográficos, epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde. Ao se reconhecer as características das condições de saúde e as condições sociais dos usuários, a singularidade do cuidado prestado precisa estar organizada para responder de forma qualificada aos problemas identificados. Para isso, é necessário o fortalecimento de estratégias de cuidado que integre todas as esferas de atenção. A Secretaria Municipal de Uberlândia possui uma rede pública de serviços assistenciais abrangente do ponto de vista geográfico, com

atuação significativa no coletivo e no individual, no preventivo e no curativo, apresentando ações de serviços públicos em todos os níveis de complexidade.

As ações do Sistema Único de Saúde no município são predominantemente realizadas pelos pontos de atenção da Rede Municipal de Saúde, que busca em sua estratégia a Atenção Básica como ordenadora desta Rede. O cidadão é atendido por meio da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidade de saúde. As unidades estão regionalizadas em setores sanitários (Centro, Leste, Norte, Oeste e Sul) e possuem no total 48 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 44 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) entre rurais e urbanas e mais 2 Unidades de Apoio à Saúde na zona rural. Com este número de ESF tem-se uma cobertura populacional assistida de 27%, correspondente a cerca de 176.344 pessoas e 48.984 famílias. (UBERLÂNDIA, 2015).

O município possui também 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS) convencionais, responsáveis pela cobertura de 26% da população, assistindo aproximadamente 159.110 pessoas (Sistemas de Informação - SMS). Composto o conjunto de equipamentos de saúde que integram os setores sanitários, estão as 8 Unidades de Atendimento Integrado (UAI), responsáveis pela cobertura do atendimento de 38,42% da população. Nas USF, em sua maioria, são oferecidos os seguintes serviços de saúde: atendimento ambulatorial nas áreas de Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Ginecologia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e atendimento de enfermagem. Os serviços prestados pelas UAI são: pronto atendimento em Clínica Médica, Pediatria, Traumatologia, atendimento ambulatorial de atenção primária de sua área de abrangência, assim como o atendimento de várias especialidades tais como, Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Urologia, Gastrenterologia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Dermatologia, Cardiologia, Angiologia, Nefrologia, Neurologia, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Serviço Social. Também são realizados exames de apoio diagnóstico de imagem e laboratório, dentre outros. Existem, ainda, os leitos para observação, sala de emergência e sala para pequenas intervenções cirúrgicas ambulatoriais (BRASIL 2013).

Em janeiro de 2011 iniciou-se o atendimento no Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro, integrando a Rede de Atenção à Saúde do município. Atualmente este Hospital conta com 265 leitos, com média de 1000 pacientes atendidos por mês e suas principais especialidades são: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica, UTI (Adulto e Neonatal) e Cuidados Intermediários. O município conta, também, com 5 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (divididos em CAPS adultos, CAPS AD e CAPS Infantil), 1 Centro de Convivência e Cultura e 4 outras unidades de atendimento especializado: o Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e 24 AIDS, o Centro de Atenção ao Diabético do Tipo I, o Ambulatório de Oftalmologia e o Centro de Reabilitação Física. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU), também integra a Rede de Atenção no Município. O HC é um hospital de referência macrorregional em serviços de alta densidade tecnológica, desenvolvendo ainda, ações de média densidade tecnológica e outras em atenção básica. Mantém atendimento de urgência/emergência 24 horas em pronto-socorro. O Hospital de Clínicas conta atualmente com 526 leitos, disponibilizando 100% de sua capacidade de leitos hospitalares, serviços ambulatoriais e de pronto socorro para o SUS (BRASIL, 2013).

A Vigilância em Saúde do município de Uberlândia que busca organizar suas ações de maneira integrada com a Rede de Assistência, com ênfase na Atenção Básica de forma a atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população. Na formulação destas ações, visa promover a prevenção e intervenção adequadas considerando os níveis de complexidade que cada ação demanda e engloba de Promoção à Saúde, Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental. Completam a Rede de Atenção os hospitais privados contratados, onde são realizadas cirurgias cardíacas, cirurgia geral e em trauma-ortopedia, internações clínicas e UTI.

Atualmente são os seguintes serviços privados contratados no município:

- ❖ Hospitais: Hospital Santa Catarina, Hospital Santa Marta, Clínica Infantil Dom Bosco.

- ❖ Clínicas de diálise: Instituto de Nefrologia, Instituto do Rim e Nefrologia do Triângulo.
- ❖ Clínicas de exames de alta densidade tecnológica: Centro de Tratamento Cálculo Renal – CTCR, Centro de Medicina Nuclear – CEMEN;
- ❖ Clínicas Oftalmológicas: ISO OLHOS - Instituto de Saúde Ocular, Hospital de Olhos do Brasil Central - HOBC, Oftalmo-Clínica.
- ❖ Laboratórios de análise clínica e anatomia patológica: Laboratório Central, Laboratório de Patologia Clínica Eduardo Maurício, Laboratório de Anatomopatologia Vichow, DIU e CHEKUP.
- ❖ Laboratórios de Histoimunocompatibilidade (transplante renal e medula óssea): LITU e Biogenetics. Clínicas de fisioterapia, saúde mental e outros: Consultórios Reunidos de Ortopedia, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE, Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD, Clínica Jesus de Nazaré e Medcor. 2. (BRASIL, 2013)

1.12. Recursos humanos

Conforme a Figura 2 nota-se que dos 8.034 profissionais que prestam serviços para o município na área da saúde, 32,97% possuem vínculo do tipo emprego público; 24,55% têm vínculo estatutário; 11,52% não possuem categoria específica; 3,01% com vinculação celetista; 0,60% contratados por tempo determinado e 0,21% cargos comissionados (BRASIL, 2013).

Figura 2: Quantidade de profissionais por vínculo empregatício

TIPO	QUANTIDADE
Cargo comissionado	17
Celetistas	242
Contrato por prazo determinado	49
Emprego público	2.649
Estatuário	1.973
Sem tipo	926
Autônomo	2.178
Total	8034

Fonte: CNES (2013).

Em relação às demais categorias, 27,1% dos profissionais são autônomos. Nesta última categoria incluíam os profissionais em que suas contratações foram mediadas por um agente contratante e não pela própria instituição de saúde (BRASIL, 2013).

1.13. Sistema local de saúde

Conselho municipal de saúde

Para que se possa cumprir o que a Lei determina o Conselho deve exercer o controle social do SUS. Isso significa dizer que cabe ao Conselho fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados à área de Saúde no Orçamento do Município, bem como aprovar o Plano Municipal de Saúde. Do mesmo modo o Conselho deve exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, fundo esse para onde é destinado os recursos a serem gastos com a saúde no Município (UBERLÂNDIA, 2015).

1. 14. Unidades de saúde da família

A Unidade de Saúde da Família (USF) que tem a Estratégia Saúde da Família como forma de organização é denominada de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). É composta por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, além dos profissionais de apoio como serviços gerais e auxiliar administrativo. Em 21 equipes há a presença da equipe de Saúde bucal, com dentista e auxiliar de saúde bucal.

A equipe trabalha com área de abrangência definida de 3000 a 4000 pessoas, cuidando de todos os ciclos de vida, desde a o recém-nascido até os idosos, com vínculo e responsabilização pelas pessoas. Além das atividades de prevenção e promoção de saúde, a equipe atende as demandas agudas desta população da sua área abrangência dentro da competência da atenção primária e é também responsável pela coordenação do cuidado nos outros pontos da rede, ou seja, encaminha às especialidades e para procedimentos de média e alta complexidade. Entretanto, os pacientes devem retornar à equipe com contra referência para continuidade do cuidado com sua equipe de saúde da família. Assim, há um resgate do cuidado com personificação, próximo da sua realidade

local, utilizando as potencialidades da comunidade em que vive. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são a extensão da unidade de saúde, dentro das residências das pessoas, é o olhar dos profissionais para além dos muros da unidade, possibilitando a identificação de problemas e caminhos para o cuidado efetivo das pessoas com suas especificidades.

Além da equipe mínima, há apoio matricial de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educador físico e tutoria de médicos ginecologistas-obstetras, psiquiatras, pediatras em grande parte das ESF, além da tutoria de geriatria/clínica médica no setor norte. Há atendimento de acupuntura em duas unidades dos Setores Oeste e Leste, integrando as atividades de Práticas Integrativas e Complementares, que serão ampliadas, inicialmente em todo Setor Leste (UBERLÂNDIA, 2015). Todas essas categorias profissionais fazem parte da equipe de Apoio Matricial que visa aumentar a resolubilidade das Equipes de Saúde da Família, possibilitando o atendimento integral e melhor a qualidade de vida das pessoas. São 73 equipes de saúde da família, distribuídas em 59 Unidades Básicas de Saúde da Família e 4 Unidades de Apoio à Saúde da Família, sendo cinco equipes de Zona Rural (uma em cada distrito e uma equipe itinerante).

1. 15. Orçamento

Figura 3. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Ano	Receita de Impostos + Transferências Constitucionais e Legais (EC-29)	Total de Gastos com Recursos Próprios	Percentual Aplicado
2009	497.305.146,71	129.225.379,62	25,99%
2008	478.848.300,55	119.214.497,20	24,90%
2007	379.350.593,75	106.365.546,77	28,04%
2006	318.939.406,06	88.372.579,36	27,71%
2005	294.456.603,16	80.949.763,27	27,49%
2004	247.759.285,63	8.422.552,49	26,55%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2010)

1.16. Território/área de abrangência

A comunidade do Canaã IV fica no Setor oeste do município de Uberlândia. A área de abrangência de nossa equipe de ESF conta com 4800 moradores, deles cadastrado até hoje, 3672, isto deve-se a que o ESF é de nova formação e ainda os agentes de saúde estão no processo de cadastrar os pacientes pendentes.

Nas últimas administrações, tem havido investimento público na comunidade (escola, UBS, creche, etc.) Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da igreja e ONG's. Estes trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães. A equipe foi constituída em Janeiro do 2015, aprovado pelo Conselho Local e Municipal.

A UBSF é nova, compartilhada com a unidade Canaã II, a recepção é adequada para oferecer bom acolhimento, tem suficientes cadeiras para os usuários, assim que não tem que aguardar de pé para o atendimento. As reuniões com a comunidade (grupos, por exemplo) são realizadas no espaço físico adequado para oferecer condições favoráveis.

1.17. Recursos humanos

Figura 4. Recursos humanos na UBSF Canaã IV

PROFISSÃO	QUANTIDADE	HORÁRIO DE TRABALHO
Médicos de Saúde da Família	01	08:00 às 17:00
Enfermeiros	01	07:00 às 17:00
Agentes de Saúde	05	07:00 às 16:00
Total	07	

Fonte: Departamento de recursos humanos da UBSF Canaã IV

Área física e uso

A USF está inserida na UBSF Jardins Canaã. Possui: Estacionamento, sala de espera com cadeiras, televisão, bebedouro, banheiro masculino e feminino, recepção. Já na parte interna conta com Recepção, salas para atendimento a paciente, quatro consultas médicas, uma de odontologia, uma de

A depressão é a incapacidade de construir um futuro. –Rollo May.

Autora :Merialis A Arias Maestre

curativo, uma de procedimento), farmácia, esterilização, coordenação e uma cozinha.

As atividades oferecidas incluem: imunização; marcação de consulta especializada; curativos; grupos de hiperdia; acolhimento urgência e básico de odontologia; consultas eletivas; injeções; cuidados de enfermagem; saúde mental; acolhimento da equipe de PSF; laboratório.

Cobertura da ESF

Total população: 3 672.

Total de pessoas cobertas c/plano saúde: 1883

Total de famílias beneficiárias do Bolsa Família: 211

Total de famílias inscrita no CAD-Único: 231

Total de acamados: 16.

Problemas sociais e de saúde mental prevalentes

Os problemas sociais prevalentes na região envolvem: desemprego; violência; alcoolismo e drogadição.

Os principais problemas de saúde mental registrados foram depressão (305 casos); ansiedade (311 casos), esquizofrenia (98 casos) e transtornos de pânico 3 casos (Informação do Departamento de recursos humanos da UBSF Canaã IV).

2. JUSTIFICATIVA

Os Transtornos de Saúde Mental são um dos problemas prioritários em nossa área de abrangência, que tem uma prevalência de 9%, muito perto da média do país e de países com cuidados primários em saúde, que é da ordem de 10%. Transtorno ansioso (6,1%), transtorno somatiforme (4%) e uso nocivo/dependência de álcool (4,8%). Excluindo o uso nocivo/dependência de substâncias, as mulheres apresentam maior risco de apresentar qualquer transtorno mental não psicótico (MONTI, 2000).

A maioria dos pacientes com transtornos mentais, particularmente aqueles com transtornos de ansiedade e depressão, assistida pela equipe de Saúde da Família, têm dificuldade em dormir e geralmente são consumidores de algum tipo de droga para o sono, principalmente benzodiazepínicos.

De acordo com Monti (2000), o impacto da depressão está em que aproximadamente 80% dos indivíduos em tratamento com antidepressivos terão um segundo episódio depressivo, ao longo de suas vidas, e os sintomas normalmente comprometem muito o funcionamento social dos pacientes. No entanto esta doença é subdiagnosticada e subtratada. Justifica-se a escolha do tema pelo elevado número de pacientes com transtorno de saúde mental sem adesão terapêutica que procuram o ESF Canaã IV. Percebeu-se o problema em alta dimensão no território.

Nossa unidade não tem um acompanhamento adequado desse grupo específico de pacientes, além de não contar com psiquiatra na área de abrangência permanente só uma vez ao mês nas tutorias, sendo feito o acompanhamento dos pacientes pelo médico de família e a psicóloga, pelo que se faz necessário elaborar um projeto de intervenção na tentativa de garantir um atendimento e acompanhamento adequado desses pacientes, principalmente dos pacientes com transtornos afetivos sem adesão terapêutica.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para realizar um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3. OBJETIVOS

Objetivo geral

1. Elaborar um plano de intervenção com vistas a melhorar a qualidade de vida em pacientes com transtornos de saúde mental.

Objetivos específicos

1. Identificar e classificar pacientes com depressão, esquizofrenia e transtorno de pânico;
2. Constituir trabalho em grupos operativos com usuários identificados com algum tipo de transtorno de saúde mental para aumentar seus conhecimentos sobre suas condições.
3. Realizar tratamento conforme o grau de depressão que apresente o paciente.
4. Realizar atividades educativas multidisciplinares com as famílias disfuncionais da área de abrangência

4. METODOLOGIA

O presente trabalho será um projeto de intervenção cujo tema é qualidade de vida em pacientes com transtornos de saúde mental na Atenção Básica. O estudo foi iniciado no ano 2015 na cidade de Uberlândia /MG. O enfoque será com a população adscrito no ESF Canaã IV. Para este projeto foi utilizado o diagnóstico situacional e o reconhecimento do território estudado, identificando os principais problemas na área de abrangência, priorizando a alta prevalência de pacientes com transtornos mentais e a identificação dos nós críticos do problema priorizado. O diagnóstico situacional foi realizado utilizando a Metodologia da Estimativa Rápida. O Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilitou a identificação dos problemas, a priorização do problema que será objeto da intervenção, sua descrição, explicação e identificação dos nós críticos. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção também será utilizado o PES.

Serão realizados ainda os seguintes passos, conforme Campos (2010): desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e os resultados, recursos necessários para a concretização das operações), identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, captar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição), elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução), definir o modelo de gestão do plano de ação.

Para subsidiar a construção da proposta de intervenção, serão utilizados trabalhos científicos encontrados em bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Os artigos que se encontram nessas bases de dados,

bem como publicações em livros e revistas médicas serão selecionados conforme sua relevância e coerência com o tema proposto. Outros dados importantes que serão utilizados serão os disponíveis na secretaria municipal de saúde do município, dados do Ministério da Saúde e arquivos da ESF de Canaã IV. Os sistemas a serem utilizados nesse trabalho serão: Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Transtornos de Saúde Mental, Depressão. (Palavras Chaves.)

O trabalho vai contar com a participação dos profissionais da equipe multidisciplinar - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, assistentes sociais, farmacêuticos, cirurgião dentista, psicólogos, e agentes de saúde, em parceria com a Secretaria de Saúde do Município e população adscrito a ESF Canaã IV.

4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

4.1.1 Primeiro passo

A equipe Saúde da Família de Canaã IV possui uma população de 3.672 habitantes. A equipe de saúde atende a população através de visitas domiciliares, consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas odontológicas, procedimentos e assistência de enfermagem, grupos educativos entres outros.

Os grupos são realizados pelo médico, enfermeiros, e pelos agentes de saúde. Existem ainda exames laboratoriais que são realizados e analisados no município, ou enviados para analisar em laboratórios outras cidade como Belo Horizonte, custeados pelo município de Uberlândia.

4.1.2. Segundo passo - Priorização dos problemas do município

Os problemas ficam priorizados da seguinte maneira: 1 - Problemas de saúde mental; 2 - Alta prevalência de enfermidades cardiovasculares; 3. Aumento de incidência de câncer e 4 - Problemas de saúde ambiental.

Figura 5. Priorização do problema

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIAS	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Problema de saúde mental	Alto	8	Parcial	1
Alta prevalência de enfermidades cardiovasculares	Alto	7	Parcial	2
Aumento da incidência de câncer	Alto	6	Parcial	3
Problema de saúde ambiental	Alto	6	Fora	4

*Valor conforme prioridade escala-0 a 10 Fonte: Diagnóstico situacional da UBSF Canaã IV

Figura 6. Descritores de problema de saúde mental

Indicador	Valor	Fonte
Ansiedade	311	Registro da equipe
Depressão	305	Registro da equipe
Esquizofrenia	98	Registro da equipe
Transtorno de pânico	34	Registro da equipe

Fonte: Diagnóstico situacional da UBSF Canaã IV

4.1.3. Terceiro passo - Explicação do problema

A depressão é a incapacidade de construir um futuro. –Rollo May.
 Autora :Merialis A Arias Maestre

Podemos tomar a questão da saúde mental como uma prioridade, porque quando você faz uma análise minuciosa deste tipo de condição, pode verificar a inter-relação destes com outros fatores que estão presentes e são causas que desencadeiam doenças psiquiátricas, que afetam a família e a comunidade. São explicações para o problema, por exemplo: pressão social, violência e desemprego; hábitos e estilos de vida inadequados, como alcoolismo e drogadição; fatores econômicos; famílias disfuncionais; problemas educacionais, ocupacionais e comunidade; abordagem inadequada pela equipe de saúde. Além disso, as doenças crônicas em alguns pacientes podem ser causas e em outros podem ser consequências. O transtorno mental pode levar ao desencadeamento de doenças crônicas, o podem acontecer que uma pessoa com doença crônica desencadeie uma doença mental.

Quanto as consequências que podem trazer este tipo de doença, já destacamos as doenças crônicas que podem desencadeá-las ou descompensá-las, como hipertensão e doença cardiovascular que são uma das principais causas de morte em nossa área, perda da estabilidade emocional, perda de emprego, desestabilização da família, maior índice de suicídio, incremento de doenças psicossomáticas, maior índice de violência pública, menor capacidade da aprendizagem.

Os transtornos de saúde mental são uma condição médica que tem em geral uma evolução crônica caracterizada por episódios recorrentes, muito comuns em cuidados primários, frequentemente associado com comprometimento da saúde física e muita utilização dos serviços de saúde.

Como já foi explicado o principal problema priorizado pela equipe foi a elevada prevalência de problemas de saúde mental na área de abrangência com elevado consumo de medicamentos psicotrópicos como benzodiazepinas e antidepressivos com elevada dependência dos mesmos. Entre os problemas de saúde mental que predominam estão ansiedade, depressão, esquizofrenia que em muitas ocasiões são diagnósticos incorretos e com indicação inadequada destas drogas.

O manejo adequado pelo médico clínico é um dos maiores desafios para redução da morbidade causada por essa condição, e para reduzir hospitalizações e taxas de suicídio.

Para executar um plano de ação para atuar com pacientes com transtornos mentais, temos de agir sobre esses fatores que levam ao aparecimento destas doenças (CAMPOS, 2010). Ao evitar o aparecimento dessas doenças ou pelo menos controlá-las, também estamos evitando o aparecimento ou complicações da doença cardiovascular nestes pacientes, quando são induzidas pelo stress.

4.1.4. Quarto passo - seleção dos nós críticos

- O desconhecimento e falta de informação que os pacientes têm em relação à sua condição e/ou doença crônica: o que produz inadequada adesão ao tratamento incentivando a persistência de sintomas e dependência de fármacos psicotrópicos. Estas doenças em pacientes podem criar um desequilíbrio emocional, devido à descompensação frequente por desconhecimento, falta de informação que eles têm em relação à sua doença.
- Pressão social: desemprego e da violência no país estão entre as principais causas de estresse em que a maior parte das pessoas vive.
- Hábitos e estilos de vida inadequados: alcoolismo e dependência de drogas causam instabilidade nestes pacientes e seus familiares; automedicação causam instabilidade nestes pacientes e seus familiares, podem produzir diferentes reações adversas como transtornos do sono e sintomas psiquiátricos.
- Família disfuncional: problemas familiares afetam todos os membros da família principalmente as crianças, se inclui violência familiar, problemas econômicos e sociais que influem no núcleo familiar; e a inadequada abordagem médica destas situações com tratamento incorreto na maioria dos casos e uso contínuo dos mesmos. Isto traz como consequência a pouca resolutividade destes problemas e aumento da dependência de fármacos psicotrópicos.
- Inadequada abordagem médica destas situações com tratamento incorreto na maioria dos casos e uso contínuo dos mesmos. Isto traz como consequência a

pouca resolutividade destes problemas e aumento da dependência de fármacos psicotrópicos.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

É importante que os profissionais de saúde entendam o conceito de saúde em todos os seus aspectos. A OMS, no relatório da Primeira Conferência Internacional de Promoção à Saúde, na Carta de Ottawa, em 1986, estabelece que o estado de completo bem-estar físico, mental e social define o que é saúde. Ainda, para atingir um completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, tal conceito implica critérios de valores, já que lida com a ideia de bem-estar e mal-estar.

Quanto à saúde mental, os seguintes itens são identificados como critérios: atitudes positivas em relação a si próprio; crescimento, desenvolvimento e autorrealização; integração e resposta emocional; autonomia e autodeterminação; percepção apurada da realidade; domínio ambiental e competência social (MINAS GERAIS, 2007).

Saúde, portanto, não quer dizer apenas ausência de doença, mas a presença de vida e de formas para melhor de viver (GPT-SM/ESP-MG, 2010).

A depressão é a incapacidade de construir um futuro. –Rollo May.

Autora :Merialis A Arias Maestre

Dentre os transtornos de saúde, que podem afetar os sentimentos, pensamentos e comportamentos, está o transtorno mental. Este pode ser entendido como uma variação mórbida do “normal”, capaz de produzir prejuízo no desempenho global da pessoa (social, ocupacional, familiar) e/ou das pessoas com quem convive. Existem hipóteses dos fatores causais dos transtornos mentais, que compreendem: biológicos (disfunções anatômicas e fisiológicas), de aprendizado (modelos de comportamento inadaptados aprendidos), cognitivos (inexatidão ou déficits no conhecimento ou consciência), psicodinâmicos (conflitos intrapsíquicos e déficits de desenvolvimento), ambientais (Estressores E Respostas Ambientais Adversas) (OMS, 2005).

Brundtland (2002), em mensagem no relatório mundial de saúde da OMS, afirmou que “apesar dos progressos marcantes observados em quase todos os países, os problemas mentais, frequentemente agravados por fenômenos psicológicos e sociais, são atualmente uma causa importante de doença e incapacidade” (2002, p.11). A autora ainda relata que 400 milhões de pessoas sofrem hoje de transtornos mentais. Existem várias patologias ou transtornos mentais, alguns mais leves, outros mais graves e o importante é acreditarmos que mesmo sem cura o paciente mental pode ter uma vida familiar, pessoal e social ativa.

Neste trabalho, optou-se por descrever algumas dessas patologias e transtornos mentais, como os chamados TMC (Transtornos Mentais Comuns), devido a sua alta incidência na população estudada, bem como no Brasil. É importante ressaltar que os pacientes com tais transtornos, em sua grande maioria, fazem uso de medicamentos psicotrópicos e, muitas das vezes, tornam-se dependentes desses medicamentos.

Entende-se por TMC a presença de sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e sintomas depressivos e somatoformes. São considerados TMC os transtornos somatoformes de ansiedade e depressão (SADOCK & SADOCK, 2007).

Os TMC são mais frequentes nas mulheres, nos mais velhos, negros, separados e viúvos. Estão associados aos eventos vitais produtores de estresse, ao baixo apoio social e às variáveis relativas às condições de vida e trabalho,

tais como: baixa escolaridade, menor número de bens duráveis, condições precárias de moradia, baixa renda, desemprego e informalidade nas relações de trabalho (JASPERS, 2006).

O TMC mais diagnosticado na Atenção Primária à Saúde é o transtorno de ansiedade, que pode ser fisiológico e patológico. Segundo Sadock e Sadock, o transtorno de ansiedade pode ser assim definido:

[...] ansiedade e preocupação excessiva sobre vários acontecimentos ou atividades, na maior parte dos dias, durante último período de seis meses. A preocupação é difícil de controlar e se associa a sintomas somáticos, como tensão muscular, irritabilidade, dificuldade de dormir e inquietação. [...] Trata-se de uma sensação difícil de controlar, perturbadora do ponto de vista subjetivo, que compromete áreas importantes da vida (2007, p. 674).

Todas as pessoas, em uma determinada fase/situação da vida, experimentam a ansiedade, e por isso ela pode ser considerada fisiológica. A ansiedade impele os indivíduos a tomar medidas para lidar com a ameaça, o estresse e os desafios da vida. Sadock e Sadock (2007) descreveram ainda dados referentes à epidemiologia do transtorno de ansiedade:

[...] Os transtornos de ansiedade compõem um dos grupos mais comuns de doenças psiquiátricas. O Estudo Americano de Comorbidade (National Comorbidity Study) relatou que uma em cada quatro pessoas satisfaz o diagnóstico de pelo menos um transtorno de ansiedade e que há uma taxa de prevalência em doze meses é de 17,7%. As mulheres (com uma prevalência durante a vida de 30,5%) têm mais probabilidade de ter um transtorno de ansiedade que os homens (prevalência durante a vida de 19,2%). Por fim sua incidência diminui com relação ao status e nível socioeconômico mais alto [...] (2007, p.632).

Segundo a teoria comportamental, os pacientes com transtornos de ansiedade tendem a reagir de maneira excessiva ao perigo e à probabilidade de dano em dada situação, além de subestimar sua capacidade de lidar com as ameaças a seu bem-estar físico e psicológico (DALGALARRONO, 2008). A

ansiedade patológica, de acordo com Jaspers (2006), apresenta-se como uma emoção desagradável ou incômoda, sem estímulo externo para explicá-la, com prejuízo de desempenho social e profissional da pessoa.

A depressão é outro problema de saúde mental que vem aumentando sua incidência e prevalência no mundo, sendo considerado um problema prioritário de saúde pública e deve ser bem entendido, diagnosticado e tratado. Para Sadock (2007), o indivíduo com diagnóstico de episódio depressivo maior, experimenta pelo menos quatro sintomas de uma lista que inclui: mudanças no apetite e no peso, alterações no sono e no nível de atividade, falta de energia, sentimentos de culpa, dificuldades para pensar e tomar decisões, pensamentos recorrentes de morte e suicídio.

Muitas vezes, até mesmo profissionais médicos da APS confundem depressão com sentimentos de tristeza ou infelicidade, assunto analisado por Freud, em sua obra Luto e Melancolia, citado por Silva (2005). Esse sentimento de tristeza pode ser considerado uma emoção fisiológica decorrente de situações não desejadas, perdas, insucessos, conflitos pessoais. São sintomas passageiros que tendem a desaparecer sem auxílio médico.

A depressão maior, a esquizofrenia, o transtorno bipolar, a dependência do álcool e o transtorno obsessivo compulsivo representam cinco das dez principais causas de incapacidade no mundo (OMS, RELATÓRIO SECRETARIADO DE 2001). Em 2009, a OMS divulgou dados indicando que a depressão deve se tornar a patologia mais comum no mundo, gerando custos econômicos e sociais para os governos, devido a gastos com tratamento e perda da produção.

Já em 2001, a OMS apoiava organizações e campanhas globais sobre o controle da depressão e a prevenção do suicídio, da esquizofrenia e da epilepsia. Estimativas indicam que 400 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou problemas psicossociais, e que a depressão grave é hoje a principal causa de incapacitação para o trabalho em todo o mundo, ocupando o quarto lugar entre as dez principais patologias em nível mundial. Tais estimativas ainda indicam que daqui a vinte anos a depressão grave estará em segundo lugar (OMS, 2001).

A organização do serviço de saúde mental no Brasil conta, atualmente, com o chamado “apoio matricial”, que, segundo Lussi (2009), “constitui um arranjo organizacional que visa a outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população” (2009, p. 67), ou seja, as Equipes de Saúde da Família ESF. Esse apoio é geralmente realizado por profissionais da saúde mental, que podem estar ligados aos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica e, ao lado de outras estratégias para a promoção da saúde, têm substituído o antigo modelo hospitalocêntrico (MINAS GERAIS, 2007).

Portanto, ressalta-se que a organização da assistência à saúde mental no Brasil hoje, é oferecida por um conjunto de dispositivos, em especial os CAPS, que apoiam as ESF, responsáveis pelo acompanhamento de toda uma comunidade referente ao território de atuação, inclusive os doentes mentais desta. Sendo assim, a APS e a ESF formam uma rede assistencial potencializada por recursos afetivos (relações pessoais, familiares e amigos), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer, responsáveis pela reabilitação psicossocial (MINAS GERAIS, 2007).

É muito importante uma rede assistencial de saúde bem estruturada, com investimentos em políticas públicas e, principalmente, engajamento dos setores responsáveis pelo atendimento ao doente mental (Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Mental). Percebe-se que a reforma psiquiátrica contribui muito para uma nova visão do que é cuidar do doente mental.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Os transtornos de saúde mental são uma condição médica que tem em geral uma evolução crônica caracterizada por episódios recorrentes, muito comuns em cuidados primários, frequentemente associado com comprometimento da saúde física e muita utilização dos serviços de saúde.

Como já foi explicado o principal problema priorizado pela equipe foi a elevada prevalência de problemas de saúde mental na área de abrangência com elevado consumo de medicamentos psicotrópicos como benzodiazepinas e antidepressivos com elevada dependência dos mesmos. Entre os problemas de saúde mental que predominam estão ansiedade, depressão, esquizofrenia que em muitas ocasiões são diagnósticos incorretos e com indicação inadequada destas drogas.

Seleção dos "nos críticos". Já foi descrito em nosso projeto anteriormente (4.1.4)

1.Doença crônica: destas doenças em pacientes criar um desequilíbrio emocional, devido a descontrole frequente por desconhecimento, falta de informação, eles têm em relação à sua doença.

2. Pressão social (desemprego, violência): desemprego e da violência no país estão entre as principais causas de estresse em que a maior parte das pessoas vivem.
3. Hábitos e estilos de vida inadequados: alcoólicos e dependência de drogas, causa instabilidade nestes pacientes e seus familiares.
4. Família disfuncional: problemas familiares afetam todos os membros da família principalmente as crianças.
5. Inadequada abordagem médica. Inadequada implementação do plano de ação para saúde mental.

Nó crítico 1	Desconhecimento e falta de informação que os pacientes têm em relação à sua doença.
Operação/Projeto	Melhor tratamento das doenças crônicas. Aumentar conhecimentos da população, sobre doenças crônicas. “Saber Mais.”
Resultados esperados	População com mais conhecimentos sobre doenças crônicas
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população Campanha no rádio
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Financeiro: financiamento do projeto. Político: aprovação do projeto
Recursos críticos	Político: articulação Inter setorial. Secretaria de educação e saúde.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de educação Motivação: favorável Ações estratégicas de motivação: apresentar o projeto.

A depressão é a incapacidade de construir um futuro. –Rollo May.
 Autora :Merialis A Arias Maestre

Atores Sociais/ Responsáveis:	Responsável: Equipe de saúde. Ações a se realizar: 1- Campanha educativa na rádio local. Psicóloga da unidade boa preparação no tema e facilidade para comunicação pública. 2-Avaliação do nível de informação da população sobre doenças crônicas. Enfermeira da equipe.
Cronograma / Prazo	1-Início em três meses termino em 12 meses. 2- Início em 2 meses termino em 4 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação Dr. Dario Passos. 1-Avaliação após 6 meses do início do projeto Situação atual: Falta definição de horário pela emissora local, reavaliação em 1 mês. 2-Projeto avaliação elaborado. Com bom funcionamento.

Figura 7. Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema priorizado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canaã IV.

Figura 8. Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema priorizado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Família Canaã IV

Nó crítico 2	Pressão social.
Operação/Projeto	Diminuir desemprego e violência. Ofertar informações sobre opções de trabalho dentro do mesmo bairro. Em nosso caso temos planejado visitas a tecelagem para incrementar ofertas de trabalho manual e ocupar também mais o tempo ficando com menos tempo livre para dedicar a possíveis indisciplinas sociais. “Viver melhor.”
Resultados esperados	Diminuir desemprego e violência
Produtos esperados	Programa de geração de emprego, programa da cultura da paz, ocupar tempo dos pacientes, mostrar habilidades que não lembravam ter e abrir novas opções de emprego.
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Financeiro: financiamento do projeto. Político: aprovação do projeto

A depressão é a incapacidade de construir um futuro. –Rollo May.
Autora :Merialis A Arias Maestre

curros críticos	Político: aprovação do projeto Financeiro: financiamento do projeto.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<u>Ator que controla:</u> <u>Motivação:</u> - Associações de bairro. ----- favorável - conselho local de saúde ----- favorável - Secretaria de saúde ----- favorável - Defesa civil. ----- indiferente Ações estratégicas de motivação: apresentar o projeto.
Atores Sociais/ Responsáveis:	Responsável: Equipe de saúde. Ações a se realizar: 1- Aumentar oferta de empregos. 2- Programa de fomento da cultura da paz
Cronograma / Prazo	1-Início em 2 meses. 2- Início em 3 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Coordenação: Elisa Tuffoli 1-Avaliação após 6 meses do início do projeto Situação atual: Projeto elaborado. Com bom funcionamento 2-Projeto avaliação elaborado.

Figura 9. Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema priorizado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canaã IV.

Nó crítico 3	Modificar estilos de vida.
Operação/Projeto	Diminuir alcoólicos e drogados. “Mais saúde”
Resultados esperados	Diminuir 20% alcoólicos e dependentes de drogas
Produtos esperados	1-Grupos de alcoólicos e dependente de drogas 2-Programa na rádio local.
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Financeiro: financiamento do projeto. Político: aprovação do projeto
Recursos críticos	Financeiros: folhetos de informação do tema, recursos áudio visuais.

	Político: aprovação do local.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<u>Ator que controla:</u> 1. Secretaria de saúde. Favorável. Ações estratégicas de motivação: apresentar o projeto. 2. Secretaria de saúde. Favorável. Ações estratégicas de motivação: apresentar o projeto.
Atores Sociais/ Responsáveis:	Responsável: Equipe de saúde. Ações a se realizar: 1. Grupos de alcoólicos e dependente de drogas. 2. Programa na rádio local.
Cronograma / Prazo	1-Início em 3 meses. 2- Início em 2 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação: Elisa Tuffoli 1-Avaliação após 6 meses do início do projeto Situação atual: Projeto elaborado. Com bom funcionamento. Implementado. 2-Atrasado. Falta definir horário. Novo Prazo em 1 mês.

Figura 10. Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema priorizado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canaã IV.

Nó crítico 4	Família disfuncional
Operação/Projeto	Estimular convivência familiar. “Viver juntos.”
Resultados esperados	Melhorar convivência familiar
Produtos esperados	1. Grupos de apoio a famílias disfuncionais. 2. Campanhas de divulgação
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Organizacional: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos. Financeiros: folhetos de informação do tema, recursos áudio visuais.
Recursos críticos	Organizacional: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos. Financeiros: folhetos de informação do tema, recursos áudio visuais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<u>Ator que controla:</u> 1. Setor de comunicação social. Favorável. Ações estratégicas de motivação: apresentar o projeto.

A depressão é a incapacidade de construir um futuro. –Rollo May.

Autora :Merialis A Arias Maestre

	2. Secretaria de saúde. Favorável. Ações estratégicas de motivação: apresentar o projeto.
Atores Sociais/ Responsáveis:	Responsável: Equipe de saúde. Ações a se realizar: 1. Apresentar o projeto em três meses. 2. Iniciar campanha de divulgação logo de aprovar recursos financeiros
Cronograma / Prazo	1-Início em 3 meses. 2- Início em 2 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação: Elisa Tuffoli 1-Avaliação após 6 meses do início do projeto Situação atual: Falta aprovação pela secretaria de saúde. Novo prazo em 2 meses. 2- Projeto elaborado e implementado.

Figura 11. Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema priorizado, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canaã IV.

Nó crítico 5	Inadequada abordagem médica.
Operação/Projeto	“ Linha de cuidado saúde mental ”
Resultados esperados	Implementar a linha de cuidado para pacientes com problemas de saúde mental
Produtos esperados	Cobertura de 80% da população com problemas de saúde mental.
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Financeiros: folhetos de informação do tema, recursos áudio visuais.
Recursos críticos	Organizacional: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos. Financeiros: folhetos de informação do tema, recursos áudio visuais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<u>Ator que controla:</u> 1. Secretaria de saúde. Favorável. Ações estratégicas de motivação: apresentar o projeto. Recursos humanos capacitados e habilitados. Linha do cuidado para problemas de saúde mental.
Atores Sociais/	Responsável: Coordenadora da atenção básica e responsável

Responsáveis:	do programa da saúde mental no município. Ações a se realizar: Recursos humanos capacitados e habilitados. Linha do cuidado para problemas de saúde mental.
Cronograma / Prazo	1-Início em 1 meses para finalizar em 1 ano.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação: Elisa Tuffoli 1-Avaliação após 6 meses do início do projeto Situação atual: Falta aprovação pela secretaria de saúde. Atrasado. Novo prazo em 2 meses.

Figura 12. Plano operativo dos nós críticos para o problema priorizado pela ESF Canaã IV.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Melhor tratamento das doenças crônicas. Aumentar conhecimentos da população, sobre doenças crônicas. “Saber Mais.”	População com mais conhecimentos sobre doenças crônicas	1-Avaliação do nível de informação da população 2-Campanha no radio.	Apresentar o projeto	Equipe de saúde Enfermeiro da ESF (Renato) e Psicóloga ()	1-Início em três meses termino em 12 meses. 2- Início em 2 meses termino em 4 meses.
Diminuir desemprego e violência. Ofertar informações sobre opções de trabalho dentro do mesmo bairro. Em nosso caso temos planificado visitas a tecelagem para incrementar ofertas de trabalho manual e ocupar também mais o tempo ficando com menos tempo livre para dedicar a possíveis indisciplinas sociais. “Viver melhor.”	Diminuir desemprego e violência	1-Programa de geração de emprego. Ocupar tempo dos pacientes, mostrar habilidades que não lembravam ter e abrir novas opções de emprego. 2-programa da cultura da paz,	Apresentar o projeto	Equipe de saúde. (Merialis, Renato e agentes.) Prefeitura municipal	1-Início em 2 meses, termino em 1 ano. 2- Início em 3 meses, termino em 1 ano.
Diminuir alcoólicos e drogados. “Mais saúde”.	Diminuir 20% alcoólicos e dependentes de drogas	1-Grupos de alcoólicos e dependente de drogas 2-Programa na rádio local.	Apresentar o projeto	Medico da ESF (Merialis), coordenador da ABS.	1-Início em 3 meses, termino em 1 ano. . 2- Início em 2 meses, termino em 1 ano.

Estimular convivência familiar. “Viver juntos.”	Melhorar convivência familiar	1. Grupos de apoio a famílias disfuncionais. 2. Campanhas de divulgação	Apresentar o projeto	Enfermeiro da ESF (Renato) e ACS	Início em 2 meses termino em 4 meses; Início em 2 meses e terminação em 1 ano.
“Linha de cuidado saúde mental”	Implementar a linha de cuidado para pacientes com problemas de saúde mental	Cobertura de 80% da população com problemas de saúde mental.	Apresentar o projeto	Responsável do programa saúde da família do município	-Início em 1 meses para finalizar em 1 ano.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitirá confrontar a realidade dos transtornos de saúde mental brasileira com a ESF de Uberlândia/MG. As doenças mentais apresentam altas taxas de prevalência e reduzido controle na maioria das localidades. Porém, é possível de diagnóstico precoce e controle por meio de medidas farmacológicas e não-farmacológicas.

Além de isso espera-se possibilitar o desenvolvimento de competências para que nós, enquanto profissionais de saúde possamos ajudar aos pacientes a criarem suas próprias estratégias de maneira, assim diminuir a taxa de adesão e reduzir o número de usuários que estão com acompanhamento médico, e definir o fluxo adequado de cuidado e de ações preventivas e por fim garantir atendimentos de qualidade além de aumentar a qualidade de vida.

Esta proposta de intervenção propõe medidas voltadas para a melhoria da assistência prestada aos pacientes e familiares com transtornos de saúde mental e considera o envolvimento e o compromisso dos diversos atores responsáveis por esta prática, diretamente envolvida no cumprimento de todas as metas, trará um atendimento eficaz de qualidade para esse público.

A depressão é a incapacidade de construir um futuro. –Rollo May.

Autora :Merialis A Arias Maestre

8. REFERENCIAS

BALLONE, G. J. O que são Transtornos Mentais. Psiqweb, 2008. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br> Acesso em: 27 out. 2014.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; CARVALHO, J. G. T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p.41-47, 2007.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades@.Brasília, [online], 2015. Disponível em: <<http://www.censo2002.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).Censo Populacional 2010. Brasília,[online], 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em 10 mar. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE 2008.Divisão territorial do Brasil e limites territoriais.Brasília, [online], 2008. Disponível em: <<http://www.censo2008.ibge.gov.br>>. Acesso em 10 mar. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Produto interno bruto dos municípios, 2004-2008. Brasília, [online]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 10 mar. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Enciclopédia dos Municípios Brasileiros. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 14 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Censo Educacional 2012. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – INEP. Disponível em: <http://www.inep.gov.br>>. Acesso em 14 mar. 2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3> Acesso em: 2 abr. 2015.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

MONTI, Jaime M. Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento. Rev Bras Psiquiatria, 2000.

MOURA, A. S. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida. Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará como requisito para aprovação na Disciplina de Monografia em Psicologia. Fortaleza, 2011.

UBERLÂNDIA. Conheça Uberlândia. Portal da prefeitura de Uberlândia. Disponível em: <<http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=Conteudo&id=2508>>. Acesso em 25 abr. 2015.