

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Stheffani Martins Moreira dos Anjos

**PROJETO DE INTERVENÇÃO COM ABORDAGEM NA SAÚDE MENTAL NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA RITA, NO MUNICÍPIO DE MONTE BELO,
E MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2020

Stheffani Martins Moreira dos Anjos

**PROJETO DE INTERVENÇÃO COM ABORDAGEM NA SAÚDE MENTAL NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA RITA, NO MUNICÍPIO DE MONTE BELO,
E MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Dra Wania Cristina da Silva

Belo Horizonte

2020

Stheffani Martins Moreira dos Anjos

**PROJETO DE INTERVENÇÃO COM ABORDAGEM NA SAÚDE MENTAL NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA RITA, NO MUNICÍPIO DE MONTE BELO,
E MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Wania Cristina da Silva, Doutora, UFMG

Professora Maria Marta Amancio Amorim. Doutora em Enfermagem. Centro Universitário
Unifacvest

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ----- de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus familiares que sempre me apoiaram nessa jornada de aprendizado.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pelo dom da vida e oportunidade para realizar este trabalho que muito contribuiu para meu aprimoramento profissional.

RESUMO

Um novo paradigma para o enfoque de saúde mental no sistema de saúde brasileiro surgiu com a reforma psiquiátrica e as mudanças ocorridas na legislação pertinente ao tema. Contribuiu também nesse sentido, a introdução da Estratégia Saúde da Família que trouxe ganhos significativos, buscando o tratamento não apenas da doença, mas uma melhor compreensão do histórico e cotidiano do indivíduo no contexto da comunidade onde vive. As intervenções em saúde atingiram um novo nível, pautando uma atitude terapêutica que privilegie o cuidado, o vínculo, o acolhimento e a corresponsabilidade entre profissional de saúde e usuário. Este trabalho teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção abordando a saúde mental na Unidade Básica de Saúde Santa Rita, no município de Monte Belo, Minas Gerais. Foi feito uma pesquisa bibliográfica sobre o tema saúde mental e atenção básica nas bases de dados Google e Biblioteca Virtual em Saúde. Foi possível observar que se mostra estratégico e com potencial positivo a dedicação de esforços para a implantação efetiva do programa de atendimento em saúde mental na Estratégia Saúde da Família Santa Rita. O plano de intervenção proposto com medidas ligadas ao uso de psicoterapia, lazer, atividades físicas e boa alimentação pode garantir humanização na reabilitação social, redução de custos com uso de psicotrópicos e melhor qualidade do acolhimento e assistência, favorecendo o estabelecimento de vínculos entre profissionais, usuários e familiares.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental.

ABSTRACT

A new paradigm for the mental health approach in the Brazilian health system emerged with the psychiatric reform and the changes in the legislation pertinent to the theme. The introduction of the Family Health Strategy also contributed in this sense, which brought significant gains, seeking treatment not only of the disease, but a better understanding of the individual's history and daily life in the context of the community where he lives. Health interventions have reached a new level, guiding a therapeutic attitude that favors care, bonding, reception and co-responsibility between health professional and user. This work aimed to develop an intervention project addressing mental health at the Basic Health Unit Santa Rita, in the municipality of Monte Belo, Minas Gerais. Bibliographic research on the topic of mental health and primary care was carried out in the Google and Virtual Health Library databases. It was observed that it is strategic and with positive potential to dedicate efforts to the effective implementation of the mental health care program. in the Santa Rita Family Health Strategy. The proposed intervention plan with measures related to the use of psychotherapy, leisure, physical activities and good food can guarantee humanization in social rehabilitation, cost reduction with the use of psychotropics and better quality of care and assistance, favoring the establishment of bonds between professionals, users and family.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
GMH	Global Mental Health
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo Ampliado a Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SCNES	Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica em Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Dados demográficos da população abrangida pela ESF Santa Rita, 2019	13
Quadro 2- Dados epidemiológicos da população abrangida pela ESF Santa Rita, 2019	14
Quadro 3- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Santa Rita, Unidade Básica de Saúde Santa Rita, município de Monte Belo, estado de Minas Gerais	17
Quadro 4 – Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao problema “saúde mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Rita, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais	33
Quadro 5 – Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao problema “saúde mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Rita, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais	34
Quadro 6 – Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao problema “saúde mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Rita, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 Aspectos da comunidade	11
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Santa Rita	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família Santa Rita, da Unidade Básica de Saúde Santa Rita	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Santa Rita	15
1.7 O dia a dia da equipe Santa Rita	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 Estratégia Saúde da Família	22
5.2 Atenção Primária a Saúde	22
5.3 Atenção Básica e saúde mental	23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	32
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	32
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	32
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	32
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Monte Belo é uma cidade de 13.180 habitantes localizada na região sudeste, distante 365km da capital do Estado (IBGE, 2019). A cidade localizada em umas das regiões mais povoadas do estado de Minas Gerais tem sua economia baseada na agricultura (lavoura de cana de açúcar e café) e uma incipiente confecção de roupas íntimas. A política local é alternada em dois grupos, que se revezam, no momento existe um movimento de estimular os jovens da cidade a participarem da política. Culturalmente, a cidade conta com atrações de cunho religioso, folclóricas e encontro de motociclistas (MONTE BELO, 2019).

Em relação à educação, o município conta com duas escolas estaduais, um Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI) e uma escola municipal, além de duas escolas de anos primários em dois distritos, 98,2% da população de 6 a 14 anos frequentam a escola (IBGE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e comunidade, em torno de 5 anos, conta com três Estratégias de saúde da Família (ESF), as quais não abrangem toda a população do município. Na ESF Santa Rita a equipe é composta pelos profissionais adscritos, contando com 6 ACS, que é suficiente para a sua área adscrita. Existe ainda um centro de saúde responsável por algumas especialidades (ginecologia, obstetrícia, pediatria) e atendimento generalista para população não abrangida pelas ESF. A cidade conta ainda com um pronto socorro para atendimento de urgências e emergências, com estrutura precária, os casos mais complicados necessitam de transferência. Os usuários que não fazem parte das ESF são atendidos no centro de saúde, juntamente com os outros que também têm livre acesso a este serviço, não necessitando de encaminhamento da sua ESF de origem. A população dos distritos Juréia e Santa Cruz é atendida em seus respectivos centros de saúde. O atendimento especializado (cardiologia, urologia, psiquiatria, pediatria, ginecologia e obstetrícia) faz o papel da atenção secundária no município, juntamente com o pronto socorro municipal, que é capaz de realizar o primeiro atendimento, necessitando de transferência nos casos mais graves. O município não conta com centro de atenção terciária, este setor é representado por

cidades vizinhas, referencias para os casos mais graves. Além disso, existe uma farmácia municipal, ligada ao governo do estado para distribuição de medicamentos (SCNES, 2019). Dessa forma, o município conta com um centro de saúde municipal que abrange atenção primária e secundária, uma vez que atende a população que não é adscrita pelas ESF e fornece serviço especializado como citado acima. Recentemente foi inaugurado o Núcleo de Atendimento à Saúde da Família (NASF) contando com fisioterapeutas, educadores físicos e nutricionistas.

Um dos pontos críticos que dificultam o rastreamento dos atendimentos é a falta de prontuário eletrônico, cada serviço de saúde tem o seu, todos os registros são feitos de forma manuscrita, o que não há a possibilidade de realizar uma busca ativa e interligação entre cada evento e ou atendimento tanto dentro do serviço quanto quando o paciente vem de outra unidade. No momento, devido aos cadastros dos usuários no e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) está acontecendo a atualização e cadastramento da população ao Cartão de Identificação dos usuários do SUS. Desta forma, esperamos melhorias neste município, pois o sistema de saúde predominante é o fragmentado. O sistema de contra referência ainda é muito precário, podendo afirmar que o mesmo não existe no município. Os pacientes encaminhados a especialidades ou aos serviços terciários não trazem contra referência, podendo ainda ser observado pacientes que receberam alta de internações hospitalares (incluindo no hospital municipal) sem carta de alta a ESF. Observa-se falhas também na comunicação entre os profissionais e serviços, o que pode ser classificado como ineficiente.

1.3 Aspectos da comunidade

Comunidade de Santa Rita está localizada na porção leste do Município de Monte Belo-Minas Gerais, com cerca de 2900 habitantes (maioria adultos e idosos, com apenas 12% de crianças e adolescentes), sendo a população feminina superior a masculina, conforme dados demográficos apresentados no quadro 1. A comunidade abrange os bairros: Santa Rita, Vila Rica, São Matheus e uma parte central da cidade. Estão contidas nesta comunidade uma creche e uma escola de anos iniciais, igrejas evangélicas de várias denominações e a Igreja Católica de Nossa Senhora Aparecida, onde frequentemente acontecem eventos em prol da comunidade carente local. A Igreja Católica por meio da Pastoral da Criança apesar de não ter sede fixa no município, atua de forma efetiva na comunidade da mesma forma que as demais denominações cristãs, auxiliando os mais necessitados. A coleta de lixo e de esgoto são

responsabilidades da prefeitura contemplando toda a comunidade. A maioria das crianças frequenta a escola regularmente. A população se divide entre empregos rurais (lavoura de cana de açúcar e café) e urbanos (comércio e empresas locais). Um fenômeno comum na época de colheita de café é que a taxa de desemprego cai, porém, essa população trabalha informalmente, sem seus direitos trabalhistas (MONTE BELO, 2019). O quadro 1, a seguir, demonstra a distribuição de população conforme faixa etária, prevalecendo um número maior de mulheres e adultos (20 a 60 anos).

Quadro1: Dados demográficos da população abrangida pela ESF Santa Rita, Monte Belo-Minas Gerais, 2019

Faixa etária/ano	Masculino	Feminino	Total
< 1	13	09	22
1-4	32	22	54
5-14	74	81	155
15-19	47	64	111
20-29	148	161	309
30-39	138	143	281
40-49	148	134	282
50-59	131	133	264
60-69	92	105	197
70-79	52	69	121
≥ 80	23	29	52
TOTAL	898	950	1848

Fonte: Sistema de informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) (2019)

Os dados epidemiológicos da população na área de abrangência da ESF Santa Rita são apresentados no quadro 2. Destaca-se entre as principais doenças que acometem os indivíduos: a hipertensão, diabetes, doenças cardíacas e pacientes com sofrimento mental. Esse último caso teve ocorrência verificada em 12 % da população, sendo uma taxa relativamente elevada para a amostra em questão. Diante disso, surgiu o interesse em

conhecer melhor as características tanto dos casos como do contexto em que esses problemas mentais surgem na comunidade.

Quadro 2 - Dados epidemiológicos da população abrangida pela ESF Santa Rita, Monte Belo-Minas Gerais, 2019

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	11
Hipertensos	451
Diabéticos	155
Pessoas com doenças respiratórias (asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), enfisema, outras)	66
Pessoas que tiveram acidente vascular cerebral (AVC)	32
Pessoas que tiveram infarto	33
Pessoas com doença cardíaca	123
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	31
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	0
Pessoas com câncer	15
Pessoas com sofrimento mental	222
Acamados	4
Fumantes	252
Pessoas que fazem uso de álcool	32
Usuários de drogas	12

Fonte: SISAB (2019).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Santa Rita

A Unidade Básica de Saúde (UBS) da Família Santa Rita, está localizada no Bairro Santa Rita, em um terreno isolado, a qual foi construída durante a administração municipal 2013-2016, porém somente foi inaugurada no início da administração seguinte. Tem estrutura é grande e ampla, comportando ainda os profissionais do NASF (fisioterapeutas, nutricionista e educadora física), porém as equipes de saúde bucal e vacinação não são abarcadas dentro da unidade e sim no centro de saúde municipal em lugar próprio. Apesar de ser um prédio de

construção recente, foi observado infiltração em quase todos os ambientes. Existe subutilização dos espaços, pois os únicos procedimentos realizados na unidade são: aferição de pressão e glicemia capilar, curativos simples, retirada de cerume, sendo precário também a existência de material para realização de pequenas cirurgias. Procedimentos como a coleta de citopatológico de colo de útero foram iniciados recentemente, sendo Puericultura e Pré-natal realizados em outra Unidade, concentrados no centro de saúde. A agenda de coleta de exames laboratoriais para todo o município, são concentradas nas quintas feiras, causando acúmulo de pessoas na recepção e muito desconforto aos usuários. A estrutura é ampla, porém tratada com certo descaso, pois pode se observar que a mesma não recebe a manutenção adequada, por exemplo, em algumas salas como a de triagem não existe iluminação por falta de instalação elétrica. Observa-se ainda que não existem grupos operativos atuantes na unidade no momento.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Santa Rita, da Unidade Básica de Saúde Santa Rita

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 horas as 16:00 horas, com todos os funcionários, sendo eles, 6 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeira, 1 recepcionista e 1 médico. Todos têm direito a 1 hora de almoço e neste horário os ACS se revezam para atender a população na recepção. Observa-se sobrecarga de trabalho para a técnica de enfermagem, pois esta realiza curativos domiciliares diários, triagem, separação de material, auxilia médico e enfermeira. Dentre as prioridades a serem realizadas seria importante avaliar o quantitativo de pessoal e readequação dos trabalhos e tarefas desempenhadas por cada colaborador.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Santa Rita

O trabalho na ESF é voltado predominantemente para consultas médicas, raros atendimentos de puericultura e pré-natal são realizados pela enfermagem, o cuidado procura ser integral, com acompanhamento do paciente ao longo do tempo. No momento, existe uma incipiente contribuição dos funcionários do NASF que foi recentemente instalado e ainda está em fase de ajustes e adaptação dos serviços prestados. Isso poderá contribuir em médio prazo para oferecer uma abordagem multiprofissional no atendimento aos usuários.

1.7 O dia a dia da equipe ESF Santa Rita

A equipe funciona basicamente com atendimento médico com consultas agendadas e um espaço para atender as demandas espontâneas, não existe acolhimento por profissionais qualificados de acordo com a tarefa que desempenham. Não existe um gerente ou coordenador administrativo. O que se observa é o rearranjo das tarefas sendo determinadas pela recepcionista a cada dia, o que é bastante problemático. Os ACS fazem busca ativa, em visitas domiciliares diárias. Como comentado em tópico anterior, não existe atendimento para puericultura, equipe de saúde bucal, pré-natal e vacinação, pois estão concentradas em outro local, no centro de saúde.

As visitas domiciliares pelo médico são agendadas e realizadas uma vez por semana, porém caso haja necessidade após avaliação da equipe de enfermagem o médico realiza sem necessidade de agendamento prévio. Recentemente, a enfermeira deu início a coleta de citopatológico de colo de útero, o que foi de grande ganho para as mulheres da comunidade que aguardavam em longas filas no centro de saúde. Ainda não existem grupos operativos em funcionamento, porém a gestão está planejando criar um grupo para tabagistas. Além disso, existe uma pesquisa em andamento para tentar explicar a diminuição das internações hospitalares no município.

Os pacientes que necessitam de medicação no momento do atendimento (dor forte, picos hipertensivos e outras ocasiões) precisam ser encaminhados ao pronto socorro, pois a unidade não está adequadamente preparada, nem possui profissionais suficientes, material e medicações para realização dos procedimentos. Este é outro prejuízo vinculado à ESF, pois paciente e usuários nessas situações preferem procurar o serviço de urgência primeiramente, o que ocasiona superlotação deste serviço.

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

Ao questionar alguns membros da comunidade e com a colaboração da ESF Santa Rita, foi evidenciado que os principais problemas na perspectiva da população são:

- Hipertensão Arterial, comorbidade com mais prevalência na comunidade.
- Diabetes Mellitus, alta relevância, pois na maioria dos casos está associada à hipertensão arterial.

- Saúde mental, importante número de usuários com psicotrópicos.
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
- Falta de comunicação entre os serviços (até mesmo dentro da Atenção Básica)
- Puericultura e pré-natal (que não são realizados na Atenção Básica)
- Centralização do planejamento das atividades da ESF na gestão municipal.

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

O quadro a seguir correlaciona os principais problemas encontrados na ESF Santa Rita em Monte Belo-Minas Gerais, seu grau de importância, urgência de resolução, capacidade que os profissionais e comunidade adscrita possui para o enfrentamento do problema e a priorização. Todos os sete principais problemas tem alta importância no cotidiano de trabalho da ESF. Aqueles com capacidade de enfrentamento parcial (que depende a apenas da equipe da ESF Santa Rita) foram classificados com maior urgência, já os outros com que necessitam de intervenção da gestão local, foram classificados com menor urgência visto que necessita de acordos que podem levar maior tempo para resolução do problema. Foram priorizados Saúde Mental e DPOC visto que abordagem dessas comorbidades encontra-se mais defasada, necessitando de uma mudança precoce no tratamento, diagnóstico e acompanhamento. Outras comorbidades tais como: hipertensão arterial e diabetes mellitus apesar de mais prevalentes são diagnosticadas precocemente, tratadas em sua maioria de forma longitudinal e contínua no serviço local.

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Santa Rita, Unidade Básica de Saúde Santa Rita, município de Monte Belo, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Saúde Mental	Alta	12	Parcial	1
DPOC	Alta	6	Parcial	2
Hipertensão arterial	Alta	3	Parcial	3
Diabetes Mellitus	Alta	3	Parcial	4
Ausência de pré-natal e puericultura	Alta	2	Fora	5
Centralização da	Alta	2	Fora	6

Gestão				
Falta de comunicação entre os serviços	Alta	2	Fora	7

Fonte: Autor do projeto (2019)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista que atualmente, cerca de um em oito adultos e adolescentes tomam antidepressivos, e um quarto deles faz isso há mais de dez anos, este trabalho tem como intuito analisar o índice de prevalência de doença relacionada a saúde mental nos pacientes da área de abrangência da ESF Santa Rita. Reveste-se de grande relevância no sentido de implantar medidas de conscientização para alertar os pacientes e a comunidade quanto a essa condição e os principais problemas acarretados por ela. Considera-se importante a análise para oferecer outras opções terapêuticas que envolvam além de medicamentos e até mesmo a des(prescrição) dependendo do caso. Como na Atenção Básica a Saúde (ABS), o paciente é abordado de perto, podendo os profissionais conhecerem seu cotidiano e o contexto da comunidade, tornando-se possível definir melhor os condicionantes que atuam no surgimento de distúrbios de saúde mental (BRASIL, 2013).

De acordo com Wasconcelos e Ortega (2015), os ganhos associados a atenção primária em saúde (APS) em relação às doenças associadas a saúde mental e também ao gerenciamento do uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos na APS, podem conduzir a diminuição de uso de psicotrópicos pela comunidade. Este gerenciamento do ponto de vista clínico e assistência farmacêutica adequados acarreta uma melhor qualidade de vida, sobretudo da redução de custos com medicamentos e outros cuidados de saúde pela administração local.

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPI tem incluído as novas práticas de medicina integrativa e complementar na Saúde Pública, por meio da Portaria número 702, de 21 de março de 2018. Nesse sentido é importante incentivar a implantação de tais práticas no contexto da atenção primária como medicina alternativa e complementares para oferecer, além dos medicamentos tradicionais, um suporte de produtos naturais nos cuidados médicos e amenizar os sintomas causados por algum transtorno mental em pacientes com doenças emocionais. Em Políticas Públicas é importante demonstrar as evidências científicas como forma de valorizar a PNPI, a qual tem inserido o Brasil na vanguarda das práticas integrativas em sistemas universais de saúde com a possibilidade de atendimento pelo SUS (SILVA *et al.*, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção abordando a saúde mental na Unidade Básica de Saúde Santa Rita, no município de Monte Belo, Minas Gerais

3.2 Objetivos específicos

Estabelecer a relevância de fatores do ambiente na patogênese da doença mental.

Relacionar quais as principais classes terapêuticas utilizadas para as doenças mentais abordadas na UBS Santa Rita.

Propor novas abordagens terapêuticas para a comunidade em estudo (aumento da disponibilidade de psicoterapia e diminuição do uso de psicotrópicos).

4 METODOLOGIA

A construção deste trabalho deu-se início com a elaboração do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Santa Rita, utilizando o método de estimativa rápida para elencar os problemas prioritários (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Foram utilizados dados da Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON (BVS) e documentos públicos (Ministério da saúde, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foi realizada a revisão bibliográfica no Google e Scientific Electronic Library Online utilizando os descritores: saúde mental, saúde, atenção básica.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à Metodologia do Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

No Brasil, conforme as orientações do SUS, existe a Política Nacional de Atenção Básica, englobando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com seu modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica em Saúde (ABS), como também é designado este nível do sistema de saúde nas políticas públicas brasileiras. De modo geral, podendo haver adaptações específicas, a ESF é realizada por meio de uma equipe de saúde da família formada por: um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) de enfermagem e ACS em número proporcional ao número de pessoas atendidas (no máximo, 12 ACS por equipe; no máximo, 750 pessoas por ACS). Esta equipe tem a missão de oferecer serviços de ABS à população de um local específico delimitado geograficamente, considerando, também, aspectos culturais, econômicos e de acessibilidade à equipe, entre outros. A média populacional recomendada para cada equipe é de três mil pessoas, com o máximo de quatro mil (BRASIL, 2012).

A introdução da ESF trouxe ganhos significativos graças ao novo paradigma para o sistema de saúde brasileiro, buscando o tratamento não apenas da doença, mas dos problemas de saúde do indivíduo no contexto da comunidade onde vive. As intervenções em saúde atingiram um novo nível, pautando uma atitude terapêutica que privilegie o cuidado, o vínculo, o acolhimento e a corresponsabilidade entre profissional de saúde e usuário (MUNARI *et al.*, 2008).

5.2 Atenção primária à Saúde

A atenção básica ou primária à saúde pode ser definida como o conjunto de práticas do sistema de saúde responsável por oferecer à população os cuidados e orientações necessários para a resolução de cerca de 80% dos seus principais problemas de saúde, incluindo medidas preventivas, curativas, de reabilitação e promoção de qualidade de vida. A APS ou ABS constitui-se, também, o primeiro contato do indivíduo com a rede assistencial dentro do sistema de saúde, tendo como principal característica a continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária, e da competência cultural dos profissionais. Todas as práticas desenvolvidas além de cientificamente fundamentadas devem ser

socialmente aceitas, estando ao alcance de todos os indivíduos e famílias da localidade, num custo suportável pela comunidade e pelo país (STARFIELD, 2004; FRATESCHI; CARDOSO, 2014; BRUNOZI *et al.*, 2019).

A competência e funções específicas da ABS são listadas em vários documentos legislativos, normativos e técnicos do SUS. Em se tratando de saúde mental da população atendida, a Portaria n.224 de 1992 foi a primeira que normatizou esse tipo de atendimento na rede atendida pelo SUS. Porém, foi a Lei nº10.216 de 2001 que se tornou o principal marco legislativo da saúde mental no Brasil, trazendo garantias aos portadores de transtorno mental do pleno acesso ao melhor tratamento disponível no sistema de saúde, além de proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, e tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental. De forma complementar a Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde, mesmo sem apresentar orientações específicas sobre o papel da ABS, deliberou que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem como atribuições supervisionar e capacitar equipes de ABS em programas e serviços de saúde mental, sendo organizados em três modalidades, em ordem crescente de porte/complexidade e abrangência. Posteriormente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi regulamentada pela Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

A ABS em seu modo operacional engloba a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a equipe de atenção básica para populações específicas e os centros de convivências. Todos esses serviços são constituídos por equipes multiprofissionais, que tem a missão de desenvolver um conjunto de atividades, tanto em nível individual como coletivo, de prevenção e promoção de saúde mental, diagnóstico e cuidados dos transtornos mentais, atividades de redução de possíveis danos e atenção especial para indivíduos com agravantes do uso de *crack*, álcool e outras drogas compartilhadas. Com essa estratégia, o foco é desenvolver a atenção integral que possa contribuir positivamente para a promoção de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de qualidade de vida das coletividades, podendo interagir com os outros componentes da rede (BRASIL, 2011).

5.3 Atenção básica e saúde mental

Mesmo com a regulamentação de RAPS em 2011, não houve um detalhamento claro sobre as orientações operacionais específicas para a ABS, sendo que esta é geralmente reconhecida

como o espaço adequado e fundamental da rede de atenção em saúde mental. Conforme orientações surgidas na década de 1980, com a Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil, é possível inferir que as equipes de ABS, tendo em vista suas atuações junto às famílias e comunidades, apresentam as condições mais propícias para o enfrentamento dos desafios e problemas de saúde pública, como os distúrbios associados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Considera-se também que toda doença pode de algum modo provocar sofrimento subjetivo tanto físico como mental, exigindo orientações e apoio para adesão a práticas preventivas ou de melhor qualidade de vida. Diante disso, o Ministério da Saúde tem estimulado, nas políticas públicas de atenção básica, a atuação dos ACS de modo a garantir melhor inclusão e a caracterização subjetiva do usuário e o atendimento aos problemas mais frequentes de saúde mental (BRASIL, 2013).

A continuidade do cuidado precisa ser o foco principal na eficiência da ABS, sendo recomendado um relacionamento contínuo entre os profissionais de saúde e os pacientes para aumentar a qualidade dos serviços prestados em saúde mental. Na rotina de atendimentos é preciso observar a identificação precoce de transtornos mentais mais comuns bem como a condução dos tratamentos adequados, o manejo dos pacientes psiquiátricos estáveis, atenção às necessidades de saúde mental de indivíduos com problemas de saúde física e o empenho na prevenção e promoção da saúde mental. Apenas dessa forma pode ser possível atender a todos os pacientes na integralidade de sua saúde e com melhores oportunidades de sucesso e reintegração dos mesmos ao convívio familiar e na sociedade. Isso se torna especialmente relevante considerando que os serviços de atenção básica são geralmente os mais acessíveis, disponíveis e aceitos pela maioria que vive na comunidade atendida (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019).

São diversas e relevantes as razões que justificam a inclusão da saúde mental na ABS, podendo serem listadas: elevação e gravidade dos casos de transtornos mentais principalmente em famílias de baixa renda, conexão entre doenças físicas e mental, relativo maior tempo de observação e tratamento dos transtornos mentais, dificuldades para o respeito pleno dos direitos humanos no atendimento prestado a comunidade com vistas aos melhores resultados clínicos. Além disso, na atenção básica são mais propícias as condições para a condução de um tratamento centrado no paciente enfocando problemas físicos, mentais e psicossomáticos. Também facilita o processo a presença conjunta de profissionais de saúde com treinamento

específico para o melhor custo/benefício deste tipo de atendimento (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

As vantagens da integração dos cuidados em saúde mental com a ABS são inúmeras, com destaque para: acesso facilitado e de menor custo por estar próximo a residência, sem comprometer significativamente o convívio familiar e a interação social, reduzindo inclusive a ausência do trabalho; recuperação ou estabilidade de forma mais rápida e humanizada; menor exposição a preconceitos e estigmas geralmente associados à esse grupo de pacientes; possibilidade de acesso gratuito e com menor custo para os serviços especializados; acompanhamento contínuo e de melhor qualidade realizado pelos profissionais de saúde, facilitando a formação de vínculos e favorecendo a compreensão dos problemas inerentes a cada caso e melhor aderência ao tratamento (SOUZA; RIVERA, 2010).

As limitações geralmente citadas do atendimento em saúde mental na atenção básica são: falta de tempo, treinamento e recursos para os profissionais atenderem pacientes com sofrimento mental diante da elevada demanda de outras doenças; dificuldades para organizar rotina de atendimento em espaços nem sempre capazes de garantir privacidade ou com as melhores condições de efetividade terapêutica; compartilhamento de espaço com outros tipos de pacientes levando a constrangimento de familiares que os acompanham. Porém, na prática não se verificam impedimentos que possam comprometer a integração desse tipo de atendimento na ABS, visto que após treinamentos os profissionais costumam lidar com os transtornos mentais satisfatoriamente e não diferem da atuação dos especialistas. Além disso, as vantagens anteriormente listadas superam em benefícios e economia de recursos e tempo dedicado aos cuidados necessários para os casos mais comuns (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

O Ministério da Saúde tem orientado e argumentado sobre a validade da inserção da saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2013). Além disso, estudos como o realizado por Nunes, Jucá e Valentim (2007) tem mostrado que vem aumentando a conscientização sobre o modelo psicossocial de cuidados e na integralidade da atenção na ESF, na participação social, na ampliação do conceito de saúde-doença, na interdisciplinaridade do cuidado e na territorialização das ações. Visando observar a vivência na prática do estudo, foi realizada uma etnografia em uma Unidade Saúde da Família (USF) com quatro equipes, grupos focais, e entrevistas individuais com os profissionais envolvidos. Os dados obtidos permitiram inferir

que, apesar do relativo bom domínio teórico das equipes, quase inexistem práticas de saúde mental realmente efetivas nas equipes estudadas. Os autores listaram as causas possíveis desta distorção: o desconhecimento ou pouco caso sobre a reforma psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos da ESF; a ignorância ou não-identificação, por parte da população atendida, de problemas em saúde mental como prioridades e direito nas áreas estudadas; a precariedade de condições para o atendimento na ESF, incluindo falta de medicações psiquiátricas, e as dificuldades geradas pela inexistência de uma rede em saúde mental que funcione como retaguarda e permita um encaminhamento agilizado em casos de necessidade (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

São apresentadas a seguir, amplas revisões bibliográficas mostrando a situação, potencial e limitações da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica em condições brasileiras (SOUZA; RIVERA, 2010; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; SOUZA *et al.*, 2012; WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Um estudo analítico foi realizado tendo como referencial os objetivos da reforma psiquiátrica no Brasil, iniciada na década de 1980, indicando o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como ferramenta sanitária central deste processo. A análise criteriosa do material bibliográfico selecionado permitiu constatar que existem semelhanças entre os princípios que regem tanto as ações de saúde mental quanto a atenção básica, tais como: volume acumulado de conhecimentos e práticas no acolhimento dos usuários; o grau de responsabilidade pela clientela atendida no perímetro urbano delimitado; o nível e qualidade dos vínculos estabelecidos entre profissionais e os sujeitos envolvidos; e a integralidade do cuidado. Porém, indicaram como foco principal para ampliação da atenção psicossocial no Brasil, a busca da integração plena da saúde mental na atenção básica, tendo por base as três diretrizes do documento Saúde Mental e Atenção Básica (Global Mental Health - GMH) (SOUZA; RIVERA, 2010).

Há também outra revisão de literatura nacional focando na atenção à saúde mental de indivíduos com sofrimento psíquico e seus familiares atendidos pelos profissionais da ESF. No estudo, selecionaram para análise e apresentação 12 relatos de pesquisas realizadas com um ou mais membros da equipe do Programa Saúde da Família (PSF), dois relatos de experiência, duas reflexões teóricas, e uma revisão de literatura. Mediante os estudos analisados concluíram que o nível e qualidade dos atendimentos de saúde mental na atenção

básica não são uniformes e nem seguem um padrão em sua execução e variam conforme o empenho individual dos profissionais ou de decisão política da gestão local. O investimento contínuo na qualificação dos profissionais por meio de educação e capacitação para a especialidade de saúde mental constitui-se na melhor estratégia observada para conseguir eficiência na assistência ao indivíduo com sofrimento mental no PSF (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

A análise de 38 artigos que abordaram saúde mental na ESF permitiu a constatação de que os assuntos mais frequentes como objeto de pesquisas foram: demandas ligadas à saúde mental junto à APS; pontos de vistas e ações dos profissionais quanto à saúde mental; relações entre CAPS e ESF; vivência e conhecimentos acumulados pelos ACS e atuação dos psicólogos na ESF. Com base nesses estudos, foram apontadas as principais limitações associadas à saúde mental na atenção básica: atitudes preconceituosas e estigmas geralmente associados aos transtornos mentais, tendência da preferência de internação dos pacientes, precariedade ou ausência de registros, fluxos, estratégias, apoio qualificado às famílias, e de integração com o sistema de saúde (SOUZA *et al.*, 2012).

A possibilidade do atendimento matricial como ferramenta de articulação importante para se obter a qualificação dos cuidados em saúde mental oferecidos pela ESF foi apresentada por Machado e Camatta (2013). As principais justificativas apresentadas pelos autores foram: melhorar a atualização de conhecimento e prática dos profissionais em saúde mental; diversificar e tornar mais efetiva a oferta de psicoterapias para as equipes com metodologias psicossociais; oferecer apoio logístico e de recursos às equipes para ampliar as interações e proposição de planejamentos com terapias mais eficazes com outros serviços da rede do sistema de saúde. Porém, alertaram que o matriciamento pode provocar inúmeras limitações no processo de atenção básica, tais como: não atender a diversidade de interesses e prioridades das equipes multiprofissionais envolvidas; aumentar a gravidade dos conflitos entre quantidade e qualidade dos serviços oferecidos na ESF; comprometer a estruturação e o fluxo da rede no atendimento pleno das diversas necessidades de cuidados dos usuários (MACHADO; CAMATTA, 2013).

Um estudo foi realizado utilizando abordagem qualitativa com grupo focal envolvendo a avaliação que 13 usuários que receberam cuidados em saúde mental em dois serviços públicos de APS: uma USF e uma UBS. Os usuários apontaram a necessidade de uma escuta

qualificada, que promova acolhimento e vínculo, bem como de uma assistência humanizada, longitudinal e integral. Os autores concluíram que existe uma lacuna entre ações em saúde mental e APS, e que a avaliação feita pelos usuários constitui peça fundamental para sanar esses problemas, uma vez que os usuários fornecem informações essenciais para a consolidação de novas formas de agir em saúde (FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

Foi realizada uma análise teórica sobre a integração da saúde mental na APS sob a perspectiva dos objetivos e estratégias da GMH. Foram apresentados estudos internacionais de revisão, bem como publicações normativas e científicas brasileiras que tratam a questão. Os estudos internacionais ratificaram a integração da saúde mental na APS como estratégia fundamental para o alcance dos objetivos do GMH. Em condições brasileiras, o tema foi considerado relevante para as políticas e pesquisas em saúde mental, porém, os objetivos desta integração e suas formas de operacionalização demandam melhor definição. Concluíram que existem vários obstáculos a serem superados para que a APS possa ocupar um papel estratégico para as ações de saúde mental no SUS (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Foi conduzida uma pesquisa qualitativa com objetivo de conhecer a percepção dos profissionais de saúde da família acerca da implementação de ações de saúde mental na APS. Participaram de entrevistas semiestruturadas 17 trabalhadores da ESF do município de Vitória da Conquista, Bahia. Os autores reuniram os dados em três categorias: percepção acerca da promoção da saúde mental na APS; dificuldades/limitações para implementação de ações de saúde mental na ESF; estratégias/intervenções para implementação de saúde mental na APS. Foi observado que os participantes apresentaram dificuldades em relatar ações de promoção à saúde mental e demonstraram fragilidades na produção do cuidado básico. Além disso, foi captada a percepção deles em relação à necessidade de ampliação dos processos formativos em saúde mental, com vistas ao aprimoramento das ações em saúde mental na APS (SILVA *et al.*, 2018).

Foram avaliadas as condições para a produção de cuidado em saúde mental oferecidas por ACS e o usuário na APS. Os autores observaram limitações consideradas graves e que podem dificultar ou mesmo inviabilizar a eficiência do cuidado em saúde mental e as possibilidades de se produzirem novas formas de cuidado. Destacam-se nesse sentido às condições de trabalho desfavoráveis, envolvendo desde as deficiências de formação, falta de recursos e instalações adequadas e planejamento específico para o cuidado em saúde e saúde mental

(SAMUDIO *et al.*, 2017). A respeito das potencialidades e possibilidades produtoras de cuidado enquadram-se a disposição dos ACS para ‘aprender’ e se atualizarem em conhecimentos, além da constatação de movimentos desses profissionais favoráveis à construção de novos modos de cuidado em saúde mental, como ‘grupos de escuta’ e ‘pensar em resoluções coletivas’. Concluíram que a superação desses desafios exige do ACS criatividade para lidar com situações de trabalho desafiadoras, considerando sua inserção na mesma cultura e nas dificuldades das famílias acompanhadas (SAMUDIO *et al.*, 2017).

Foi realizado um estudo visando conhecer as dificuldades enfrentadas e as estratégias utilizadas pelos profissionais para a melhoria do acolhimento à pessoa em sofrimento mental na ABS. Foram analisados 25 artigos que permitiram a identificação das dificuldades relacionadas aos campos profissional, sociocultural e estrutural. Quanto às estratégias adotadas, observaram que a capacitação por parte dos profissionais pode favorecer a responsabilização, a melhoria no acolhimento e na conformação da rede e a organização dos fluxos de atendimento. Concluíram que a falta de capacitação profissional, de insumos materiais, bem como o não reconhecimento da atenção básica como participante da rede são elementos que dificultam o acolhimento (SILVA *et al.*, 2018).

As medicações psicotrópicas geralmente prescritas para indivíduos com sofrimento mental agem diretamente no sistema nervoso central para produzirem seus efeitos. Iniciando após 3 a 4 semanas de utilização regular da substância, a resposta de neuromodulação cerebral tende a ser mais lenta que a observada para outras medicações que atuam em diferentes órgãos do corpo (PELEGRINI, 2003). Outro aspecto relevante é que existem muitas interações medicamentosas entre as substâncias psicotrópicas e os demais medicamentos utilizados para controle de outras doenças. O tempo de uso dos psicotrópicos vai depender da doença em tratamento, sendo de 18 meses para depressão e ansiedade e por toda a vida para esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar (FERNANDES; MATSUKURA; LOURENÇO, 2018). Algumas medicações psicotrópicas, especialmente os benzodiazepínicos podem causar dependência em casos de uso contínuo, e se houver desprescrição (a suspensão gradual e acompanhada das prescrições medicamentosas) exige acompanhamento personalizado na redução gradual do uso para se evitar os efeitos colaterais (FERNANDES; MATSUKURA; LOURENÇO, 2018).

A abundante prática de prescrição de psicotrópicos principalmente para casos de depressão e ansiedade, além dos problemas de dependência (química e psicológica) para os usuários, costumam apresentar baixa efetividade nos tratamentos e gerar custos crescentes para os órgãos públicos que atuam no fornecimento destas substâncias à população de baixa renda (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013). Diante disso, tem sido estimulada a desprescrição e a adoção de estratégias cognitivas-comportamentais alternativas, tais como: mudança do estilo de vida, psicoterapia, atividades culturais e de lazer programadas e outras práticas que possam beneficiar a saúde mental (BRUNOZI *et al.*, 2019). A aromaterapia com uso de óleos de lavanda, hortelã pimenta, flores cítricas e outras com personalização de protocolos de tratamentos conforme a percepção, reação e associação com lembranças e atitudes do paciente é um método alternativo que vem sendo utilizado com relativo sucesso em algumas UBS no Brasil (LÓPEZ *et al.*, 2017).

Uma revisão integrativa da literatura brasileira permitiu observar que existem inúmeras dificuldades que limitam as práticas de cuidado em saúde mental na APS oferecidas ao usuário em sofrimento psíquico, com destaque para: formação e capacitação precária dos profissionais de saúde; modelo biomédico com participação do médico e excludente; erros e limitações no encaminhamento e fragmentação do cuidado por especialidade; ausência ou formação precária de rede de apoio à família; limitações ou mesmo completa ausência de práticas na comunidade que potencializem o cuidado da atenção básica e psicossocial no território (FERNANDES; MATSUKURA; LOURENÇO, 2018).

Um estudo permitiu compreender a percepção de usuários de APS diante do sofrimento mental e a participação em um grupo terapêutico de convivência. Foi observado que o grupo terapêutico em saúde mental pode contribuir para a redução do estigma relacionado ao adoecimento psíquico e para promoção e prevenção em saúde mental utilizando como principais ferramentas tecnologias relacionais de cuidado, de baixo custo e acessíveis aos profissionais. Concluíram que o estudo contribuiu para inspirar novas ações e revitalizar práticas de saúde mental por meio de uma intervenção passível de ser implementada e que pode trazer benefícios aos envolvidos no contexto da APS (BRUNOZI *et al.*, 2019).

Foi realizado um estudo envolvendo práticas de cuidados territoriais em saúde mental realizadas por enfermeiros, ACS e 60 usuários dos CAPS e da APS. Os resultados evidenciaram que o processo de territorialização é realizado pela equipe multidisciplinar da

ESF, sem a participação dos profissionais do centro de atenção psicossocial (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2019). Embora estes, por vezes, realizem práticas comunitárias, persiste a valorização de ações dentro do próprio serviço e na medicalização do sofrimento psíquico, sem considerar as singularidades dos sujeitos e sem articulação com os serviços da APS. Concluíram que o panorama da saúde mental necessita com urgência de transformação de um modelo que privilegie a reflexão de novas ações em múltiplas dimensões, com ênfase na articulação dos serviços e na capacitação principalmente dos ACS que atuam nesse âmbito (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2019).

Foram analisadas as estratégias, desafios e possibilidades da articulação entre a saúde mental e a APS a partir da perspectiva de 28 gestores da saúde. Observaram que a inclusão das ações de saúde mental na APS possibilitou, na visão dos gestores, a ampliação do acesso dos usuários aos cuidados de que necessitam, aumentou a extensão das práticas de cuidado no território, tendo o apoio matricial como a principal ferramenta para a implementação dessa estratégia de cuidado. Concluíram que a articulação entre a APS e a saúde mental é um dispositivo potente para a atenção psicossocial, porém, demanda uma nova conformação dos CAPS e dos serviços da atenção básica (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “saúde 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)

O problema selecionado foi saúde mental, visto que dos 1848 usuários cadastrados, 222 pessoas são portadoras de algum sofrimento mental, segundo o E-sus (SISAB, 2019). Além disso o município conta com 160 atendimentos psiquiátricos semanais, com o especialista que devido a demanda não pode atender a expectativa de todos os pacientes. O município conta com apenas uma profissional de psicologia.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O agravamento das condições de saúde mental no município é decorrente, das condições socioeconômicas desfavoráveis. A população acredita que seus problemas são resolvidos através de medicamentos disponíveis na farmácia municipal (benzodiazepínicos – Diazepam e Clonazepam; tricíclicos – Nortriptilina; antipsicóticos – Haldol e Clorpromazina; anticonvulsivantes – Fenitoína, Carbamazepina e Fenobarbital). Com isso, o manejo desses pacientes é realizado através de prescrição medicamentosa, com tratamento baseado em renovação de receitas, muitas vezes sem reavaliação do paciente. Observa-se não existe estímulo aos bons hábitos como alimentação adequada e prática de exercício físico. A nova esperança foi a criação do NASF que foi inaugurado recentemente, com proposta de trabalho em grupos com profissionais como nutricionista e educador físico. Podem ser introduzidos também outros métodos como acupuntura, grupos operacionais (onde o problema do vizinho pode estimular a resolução do meu). Observa-se ainda que o lazer está baseado em encontros em bares, com uso abusivo de bebida alcóolica e outras drogas. Além disso, existe baixa disponibilidade de profissionais de psicoterapia e saúde mental, sendo: 1 psiquiatra e 1 psicóloga para 13 mil habitantes, os quais estão sobrecarregados.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos são:

- Psicoterapia: ausência ou atendimento precário visto que existe apenas uma profissional para atender a todo município
- Lazer: shows culturais, teatro, lazer, grupos de artesanato
- Bons hábitos: Atividade física (ausência de grupos de ginásticas e caminhadas); Boa alimentação (ausência de horta comunitária)

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Quadro 4 – Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao problema “saúde mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Rita, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Ausência de psicoterapia
6º passo: Operação (operações)	Mais psicoterapia, mais práticas integrativas e menos remédios
6º passo: Projeto	Estabelecer tratamento completo para os transtornos mentais, associando a psicoterapia, para diminuir o uso de psicotrópicos, propiciando melhor convívio dos usuários com seus familiares e amigos.
6º passo: Resultados esperados	Diminuir uso de psicotrópicos, principalmente daqueles que causam dependência e sedação.
6º passo: Produtos esperados	Aumentar a oferta de psicoterapia e apoio psicológico e espiritual pela contribuição de igrejas cristãs presentes no bairro. Orientar a população, através de palestras e publicações digitais, para que o tema de saúde mental não seja tratado como um tabu, mas uma condição com tratamento eficazes, que não se baseiam em apenas sedar o paciente.
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: Ambiente adequado para acolhimento e seguimento desses usuários. Cognitivo: Mais informação sobre indicações e resultados positivos. Financeiro: Contratação de novos funcionários, adequação estrutural do ambiente. Político: Sugerir elaboração de concurso público.
7º passo: viabilidade do plano. Recursos críticos	Contratação de novos profissionais
8º passo: Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Gestão municipal Salientar que o maior acesso a psicoterapia, diminui o uso de medicamentos também disponibilizados pela gestão municipal.
9º passo:	Apresentar o projeto em 3 meses

acompanhamento do plano – prazos e responsáveis	Iniciar em mais de 1 ano Médico e enfermeiro
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Proposta será discutida com a secretaria de saúde para estabelecer prazos

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 5 – Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao problema “saúde mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Rita, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Ausência de Lazer
6º passo: Operação (operações)	Teatro, cinema, circo, música
6º passo: Projeto	Estimular atividades de lazer culturais, que acrecente informação na vida da comunidade. Diminuir o uso de bebida alcoólica, tabaco e drogas ilícitas utilizadas para gerar prazer
6º passo: Resultados esperados	Diminuir uso de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas, principalmente nos adultos jovens
6º passo: Produtos esperados	Aumentar a oferta e acesso a eventos culturais da população menos favorecida, através de convênios. Aumentar a fiscalização para que diminua a venda de bebidas alcoólicas a menores de idade
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: local para acontecimento dos eventos. Financeiro: Financiamento dos eventos Político: Associação com a secretaria de cultura municipal.
7º passo: viabilidade do plano. Recursos críticos	Político – Parceria com secretaria de cultura do município Financeiro – Financiamento de eventos culturais Organizacional – Mobilização da população sobre a importância destes eventos
8º passo: Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Gestão Municipal
9º passo: acompanhamento do plano – prazos e responsáveis	Falta de recursos, uma vez que estão priorizando saúde, educação e saúde. Apresentar em 3 meses. Aplicação a longo prazo Médica da Unidade
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Proposta será discutida com a secretaria de saúde para estabelecer prazos

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 6 – Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao problema “saúde mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Rita, do município Monte Belo, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Estímulo aos bons hábitos: boa alimentação e atividade física
6º passo: Operação (operações)	Caminhada, nutrição e saúde
6º passo: Projeto	Promover bons hábitos para diminuir o uso de psicotrópicos, auxiliando ainda na melhora da autoimagem, trabalhando a autoestima.
6º passo: Resultados esperados	Aumentar a qualidade de vida da população assistida.
6º passo: Produtos esperados	Oferecer orientação quanto nutrição e exercício físico, através de grupos operacionais, diminuindo a obesidade e outros problemas de saúde, associado a comorbidades de saúde mental.
6º passo: Recursos necessários	Cognitivo: Orientar todos os profissionais de saúde sobre a influência desses aspectos na saúde mental Político: Parceria com o NASF.
7º passo: viabilidade do plano. Recursos críticos	Organizacional – Criação de grupos operacionais
8º passo: Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Gestão Municipal
9º passo: acompanhamento do plano – prazos e responsáveis	Apresentar e colocar em ação em 3 meses. Médica e ACS
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Proposta será discutida com a secretaria de saúde para estabelecer prazos

Fonte: Autoria própria (2019)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, no Brasil, têm surgido esforços no sentido de se promover mudanças significativas seja na legislação como na abordagem de estratégias de tratamentos para pacientes com sofrimento mental. Nesse sentido, visando humanizar e integralizar o atendimento surgiram formas inovadoras de assistência e novos serviços substitutivos a internação e ao uso de psicotrópicos. Considerando a relevância e o potencial de atuação efetiva na saúde mental na atenção básica à população, atenção especial tem sido dada a integração da ESF nas redes de cuidado de base territorial e de atuação transversal. Além disso, políticas públicas específicas com intervenções pontuais podem garantir melhores condições para o acolhimento e estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares no contexto das comunidades. Vale ressaltar que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIIC tem incluído as novas práticas de medicina integrativa e complementar na Saúde Pública, por meio da Portaria No 702, de 21 de março de 2018.

Com a realização deste trabalho foi possível observar tanto pela revisão de literatura como na vivência da comunidade em estudo que os cuidados em saúde mental na ABS revestem de grande importância e possuem grande potencial de efetividade. Isso porque oferece a oportunidade de contextualização à realidade do lugar social dos pacientes, bem como as interações que estabelecem com os profissionais de saúde e familiares. O melhor conhecimento de fatores ligados ao cotidiano dos pacientes e suas famílias pode oferecer subsídios para a implantação de alternativas de enfoque terapêutico que não sejam exclusivamente baseados na prescrição de psicotrópicos. Atividades culturais, lazer e atendimentos individuais em psicoterapia podem auxiliar a superação do sofrimento mental e com melhor qualidade de vida.

Ainda persistem limitações consideráveis para a integralização plena do enfoque da saúde mental na ABS, principalmente em se tratando de ESF, com destaque para: falta de preparo e de educação permanente dos profissionais de saúde para oferecer atendimento a pacientes com sofrimento mental; preconceitos para estabelecer acolhimento e atendimento mais humanizado; falta de instalações e recursos adequados para equipar os locais da unidade; ausência de vínculos entre pacientes e seus familiares com as equipes de saúde; resistência e

pouco empenho dos profissionais em atender casos de problemas mentais em seu local de atuação.

Foi possível observar que se mostra estratégico e com potencial positivo a dedicação de esforços para a implantação efetiva do programa de atendimento em saúde mental na ESF Santa Rita, Monte Belo – Minas Gerais. O plano de intervenção proposto com medidas ligadas ao uso de psicoterapia, lazer, atividades físicas e boa alimentação pode garantir humanização na reabilitação social, redução de custos com uso de psicotrópicos e melhor qualidade do acolhimento e assistência, favorecendo o estabelecimento de vínculos entre profissionais, usuários e familiares. Com isso, a comunidade poderá desfrutar de atendimento mais integralizado para seus membros com sofrimento mental de acordo com a reforma psiquiátrica brasileira e legislação vigente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades** [online]. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santana-da-vargem/panorama>. Acesso em: 10 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília; [online] 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 Set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES)**. Brasília: Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br>. Acesso em: 26 jun 2019.

BRUNOZI, N.A. *et al.* Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40, p.1-9. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/pt_1983-1447-rgenf-40-e20190008.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019.

CAMPOS, D.B.; BEZERRA, I.C.; JORGE, M.S.B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trabalho, educação e saúde**, v.18, n.1, p.1-18. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v18n1/0102-6909-tes-18-1-e0023167.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S.L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 25 ago. 2019.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.45, n.6, p.1501-1506, 2011.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.

FERNANDES, A.D.S.A.; MATSUKURA, T.S.; LOURENÇO, M.S.G. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n.4, p.904-914, 2018.

FRATESCHI, M.S.; CARDOSO, C.L. Saúde mental na atenção primária à saúde: avaliação sob a ótica do usuário. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.24, n. 2, p.545-565, 2014.

LÓPEZ, V. *et al.* Exploring pharmacological mechanisms of lavender (*Lavandula angustifolia*) essential oil on central nervous system targets. **Frontiers on Pharmacology**, v.8, p.1-8, 2017.

MACHADO, D. K.; CAMATTA, M.W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e atenção primária à saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.224-232, 2013.

MONTE BELO. **Conheça Monte Belo**. [online], 2019. Disponível em: <<https://www.montebelo.mg.gov.br/a-cidade/conheca-monte-belo>> Acesso em 15 maio 2019.

MUNARI, D. B. *et al.* Saúde mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.3, p.784-795, 2008.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P. Ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2375-2384, 2007.

PELEGRINI, M. R. F. O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. **Psicologia, ciência e profissão**, v.21, n.3, p.38-43, 2003.

SAMUDIO, J.L.P. *et al.* Cartografia do cuidado em saúde mental no encontro entre agente comunitário de saúde e usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.27, n.2, p.277-295, 2017.

SILVA, A.F. *et al.* Acolhimento à pessoa em sofrimento mental na atenção básica. **Revista enfermagem UFPE on line**, v.12, n.9, p.2459-2469, 2018.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA. SISAB, Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, [online] 2019. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 de abr. 2019.

SOUZA, A.C.; AMARANTE, P.D.; ABRAHÃO, A.L. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Revista Brasileira Enfermagem**, v.72, n. 6, p.1757-1763, 2019.

SOUZA, A.C.; RIVERA, F.J. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Tempus Actas Saude Coletiva**, v.4, n.1, p.105-114, 2010.

SOUZA, A.R.L.; OPALEYE, E.S.; NOTO, A.R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciência Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.1131-1140, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n4/26.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2019.

SOUZA, L.G. *et al.* Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde Social**, v.21, n.4, p.1022-1034, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2004.

WENCESLAU, L.D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface**, v.19, n.55, p.1121-1132, 2015.