

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TELMA LUIZA BARBOSA VIANA**

**A BAIXA VINCULAÇÃO DOS PORTADORES DE SOFRIMENTO  
MENTAL: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ DAS  
TRAÍRAS, MANGA, MINAS GERAIS**

**MONTES CLAROS / MINAS GERAIS**

**2019**

**TELMA LUIZA BARBOSA VIANA**

**A BAIXA VINCULAÇÃO DOS PORTADORES DE SOFRIMENTO  
MENTAL: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ DAS  
TRAÍRAS, MANGA, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professor Ms. Hugo André da Rocha

**MONTES CLAROS / MINAS GERAIS**

**2019**

**TELMA LUIZA BARBOSA VIANA**

**A BAIXA VINCULAÇÃO DOS PORTADORES DE SOFRIMENTO  
MENTAL: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ DAS  
TRAÍRAS, MANGA, MINAS GERAIS**

**Banca examinadora**

Professor Ms. Hugo André da Rocha - UFMG

Professora Dra. Márcia Christina Caetano Romano - UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, em 06 de Maio de 2019.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por ser meu guia e fortaleza na superação de desafios. A minha família pelo apoio incondicional e ao meu orientador pelo suporte e incentivo para a concretização deste trabalho.

Não somos apenas o que pensamos ser.  
Somos mais, somos também o que lembramos e aquilo de que nos esquecemos;  
Somos as palavras que trocamos, os enganos que cometemos, os impulsos a que  
cedemos, sem querer.  
(S.FREUD)

## RESUMO

A abordagem dos pacientes portadores de sofrimento mental pela equipe da atenção básica, incluído a escuta qualificada e intervenções pertinentes neste nível de atenção, é um marcador potente que aponta a incorporação na prática cotidiana do conceito ampliado do processo saúde-doença. Esse estudo tem como principal objetivo desenvolver plano de intervenção que possibilite a melhoria da vinculação dos portadores de sofrimento mental à ESF São José das Traíras em Manga/MG. A metodologia baseou-se em revisão bibliográfica, com busca nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo sido utilizados os descritores: Estratégia de Saúde da Família; Saúde mental; Atenção à Saúde. Para conhecer a realidade da equipe frente a assistência prestada à população foi realizada uma busca dos problemas relacionados à saúde, através da realização do diagnóstico situacional, por meio da estimativa rápida, análise em banco de dados do DATASUS, observação ativa nos pontos de atenção e oficinas com a equipe para capacitá-los no planejamento e organização das ações em saúde. O plano de intervenção foi dividido nas etapas de identificação e priorização dos problemas, explicação dos problemas e identificação de soluções e elaboração do plano, utilizando a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional simplificado. O problema prioritário identificado foi a baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental da área de abrangência da ESF São José das Traíras. A implantação do plano aqui elaborado visa a sensibilização e a capacitação dos profissionais da equipe, podendo assim identificarem a situação de saúde da população na saúde mental e instrumentalizá-los a planejar e ofertar todas as ações necessárias para uma atenção integral.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Saúde mental. Atenção à Saúde.

## **ABSTRACT**

The approach of patients suffering from mental suffering by the primary care team, including qualified listening and relevant interventions at this level of attention, is a potent marker that points to the incorporation into everyday practice of the expanded concept of the health-disease process. The main objective of this study is to develop an intervention plan that will enable the improvement of the linkage of mentally ill patients to ESF São José das Traíras in Manga / MG. The methodology was based on a bibliographical review, with search in the Virtual Health Library (VHL) databases, using the descriptors: Family Health Strategy; Mental health; Attention to Health. In order to know the reality of the team in face of the assistance given to the population, a search of the health-related problems was carried out, through the accomplishment of the situational diagnosis, through a fast estimation, analysis in DATASUS database, active observation in the points of attention and workshops with the team to enable them in the planning and organization of health actions. The intervention plan was divided into the stages of identification and prioritization of problems, explanation of problems and identification of solutions and elaboration of the plan, using the methodology of Simplified Situational Strategic Planning. The priority problem identified was the low linkage of those suffering from mental suffering from the area covered by the São José das Traíras FHS. The implantation of the plan elaborated herein aims at the sensitization and the qualification of the professionals of the team, thus being able to identify the health situation of the population in the mental health and instrumentalize them to plan and offer all the necessary actions for an integral attention.

Key words: Family Health Strategy. Mental health. Health Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECOS	Centros de Convivência
CISMMA	Consórcio Intermunicipal da Microrregião de Manga
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde São José das Traíras, Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município de Manga, estado de Minas Gerais 15
- Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “A baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental a ESF São José das Traíras”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José das Traíras, do município de Manga, estado de Minas Gerais 30
- Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “A baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental a ESF São José das Traíras”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José das Traíras, do município de Manga, estado de Minas Gerais 31
- Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “A baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental a ESF São José das Traíras”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José das Traíras, do município de Manga, estado de Minas Gerais 31
- Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “A baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental a ESF São José das Traíras”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José das Traíras, do município de Manga, estado de Minas Gerais 32
- Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “A baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental a ESF São José das Traíras”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José das Traíras, do município de Manga, estado de Minas Gerais 33
- Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “A baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental a ESF São José das Traíras”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José das Traíras, do município de Manga, estado de Minas Gerais 33

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Aspectos gerais do município .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 O sistema municipal de saúde .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3 A Equipe de Saúde da Família (ESF) São José das Traíras, seu território e sua população adscrita .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4 A Unidade Básica de Saúde São José das Traíras: o dia a dia da unidade e da equipe.....</b>	<b>13</b>
<b>1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....</b>	<b>14</b>
<b>1.6 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....</b>	<b>15</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>20</b>
<b>5.1 Atenção Primária à Saúde .....</b>	<b>20</b>
<b>5.2 Estratégia Saúde da Família.....</b>	<b>22</b>
<b>5.3 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).....</b>	<b>23</b>
<b>5.4 APS e a Saúde Mental .....</b>	<b>25</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) .....</b>	<b>29</b>
<b>6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....</b>	<b>29</b>
<b>6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) .....</b>	<b>29</b>
<b>6.4 Desenho das operações (sexto passo) .....</b>	<b>30</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>35</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Manga é uma cidade localizada no Norte de Minas Gerais, situado no semiárido mineiro, no alto médio Vale do Rio São Francisco. Distante 290 quilômetros de Montes Claros (referência macrorregional), 720 quilômetros de Belo Horizonte, 1070 quilômetros de Brasília e 108 quilômetros de Januária (referência microrregional). Apresenta-se segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) população estimada de 18.594 habitantes.

A densidade demográfica é de 10,16 habitantes por km<sup>2</sup> no território do município (IBGE, 2018). Manga faz limites geográficos com os municípios mineiros de: Juvenília, Matias Cardoso, São João das Missões, Miravânia, Montalvânia e o município de Malhada-BA. A ausência de uma ponte entre a cidade de Manga e Matias Cardoso dificulta o acesso para os demais municípios vizinhos, sendo um grande problema enfrentado pela população.

A economia baseia-se no setor primário, totalizando 90% das atividades voltadas para o setor agropecuário, como principal fonte de produção horticultura, fruticultura (irrigadas e sequeiras) e a pecuária de corte e leite. O setor secundário é representado por pequenas indústrias de transformação, tais como: cerâmica, serralherias, fabricação de aguardente, rapadura, moagem de café e posto de resfriamento de leite, etc. O setor terciário é representado por alguns estabelecimentos que operam no atacado e varejo. Mas, o maior empregador é a Prefeitura. O uso de agrotóxico nas plantações, queimadas, fábricas de tijolos e cerâmicas constituem um meio de poluição ao ambiente.

O município conta na educação com escolas, infantil, nível fundamental, médio e superior. Em relação ao nível de escolaridade da população, existe uma taxa de analfabetismo considerável do sexo feminino na faixa etária de 25 a 59 anos (23,2%).

O saneamento básico é precário e o abastecimento de água também se encontra com prejuízos, sendo que 72,2% das residências são abastecidas por água tratada, 23,1% faz uso de água de poço ou nascente e uma pequena proporção dos domicílios possui outra forma de abastecimento (4,4%).

## 1.2 O sistema municipal de saúde

A atenção em saúde desenvolvida em Manga é estabelecida com priorização da atenção básica municipal. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no município em 1996 com a criação de duas Equipes de Saúde da Família (ESF Tamuá e ESF Arvoredo) e atualmente possui sete Equipes de Saúde da Família distribuídas pelo território, sendo três equipes rurais e quatro equipes urbanas, a saber: Arvoredo, Tamuá, Boa Vista, Central, São José das Traíras, Nhandutiba e Dr. Renato. O município pertence à Gerência Regional de Saúde de Januária, está localizado na região de Saúde de Manga e na região Ampliada de Montes Claros.

O segundo nível de complexidade em saúde definida pelo Sistema Único de Saúde é a média complexidade que compreende todos os casos em que a Atenção Primária, organizada pelas Equipes de Saúde da Família, não consegue realizar, mas que é de fundamental importância para a continuidade. Compreende os atendimentos especializados, que muitas vezes não são executados na cidade de origem. Em Manga, por ser sede de Microrregião de Saúde, a atenção secundária é organizada pelo Consórcio Intermunicipal da Microrregião de Manga (CISMMA), onde são realizados atendimentos de neurologia, ortopedia, ginecologia e cardiologia, juntamente com exames específicos como ultrassonografia, eletroencefalograma e endoscopia.

Outras especialidades quando demandadas pela Atenção Básica são encaminhadas para outros municípios como Janaúba, Januária, Brasília de Minas e Montes Claros. A Assistência à Saúde da Mulher e a Criança de risco são realizadas pelo Centro Viva Vida em Januária, onde são realizados exames de mamografia para prevenção do câncer de mama e outros exames para prevenção do câncer de colo do útero. Os cânceres de mama e do colo de útero são hoje, respectivamente a 2º e 4º causa de morte por neoplasia no estado de Minas Gerais e deve ser amplamente trabalhado em ações de prevenção implementadas pela Atenção Básica. A Assistência ao Portador de Sofrimento Mental Grave e Crônico será ofertada em nível regional pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde contará com a abordagem de uma equipe multiprofissional composta por um psiquiatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, entre outros.

A Atenção Terciária é exercida através da assistência hospitalar para os casos em que é necessária a intervenção hospitalar: cirúrgica ou clínica. No

município de Manga o atendimento é organizado pela Fundação Hospitalar de Amparo ao Homem do Campo onde é feito atendimento ambulatorial e internação hospitalar nas quatro clínicas básicas: pediatria, médica, cirúrgica e obstétrica. A Alta e Média Complexidade Hospitalar é realizada por meio de hospitais pactuados, entre eles: Janaúba, Brasília de Minas, Montes Claros e Belo Horizonte.

### **1.3 A Equipe de Saúde da Família (ESF) São José das Traíras, seu território e sua população adscrita**

A Equipe de São José é formada por nove agentes comunitários de saúde, um auxiliar de enfermagem, um técnico em enfermagem, uma enfermeira e uma médica. No trabalho da equipe, os atendimentos médicos nas comunidades são realizados através de cronograma estipulado no início de cada mês. Durante a semana realizamos atendimentos em várias microáreas, tendo que ter alternância de consultas para conseguirmos atender as 11 localidades pertencentes à equipe.

No funcionamento da unidade a mesma é aberta pela agente de saúde da área às sete horas. Ela organiza a recepção dos pacientes e as ordens dos atendimentos. O motorista, técnico de enfermagem e a médica se deslocam de Manga às 7:00 e o tempo de percurso oscila entre 40 a 50 minutos. O transporte da equipe leva todos os materiais, pois as consultas não são realizadas sempre na unidade. Realizamos atendimentos nas diversas microáreas durante a semana e muitos desses lugares são escolas, casas, galpões e domicílios de suporte.

A dimensão territorial é uma problemática tanto para os pacientes quanto para a equipe, pois não temos condições de realizar atendimentos fixos e diários na Unidade, o seguimento do paciente acaba ficando prejudicado. Esse é um motivo das consultas espontâneas terem uma maior demanda.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de São José é o lugar que realizamos com maior frequência os atendimentos, mesmo assim as consultas espontâneas são a maior demanda. Os atendimentos estão voltados para a promoção e prevenção de doenças, através de uma participação conjunta de profissionais e participação dos usuários em grupos operativos. A Equipe de Saúde da Família desenvolve as seguintes ações na Atenção Primária: imunização, pré-natal, acompanhamento de hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose, portadores de hanseníase, notificação e investigação de agravos de notificação compulsória, acompanhamento

do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de cinco anos, triagem neonatal (teste do pezinho) e planejamento familiar.

A comunidade de São José das Traíras está localizada na zona rural do município de Manga-MG, apresenta uma população geral com condições financeiras precárias e existe um grande percentual de desempregados e subempregos. A atividade prevalente é a agricultura, sendo o plantio de milho, mandioca, tomate, feijão, soja, entre outros, um meio de sobrevivência.

O saneamento básico é precário e há pouco conhecimento sobre os cuidados de higiene pessoal. Os lixos são eliminados ao ar livre ou queimados, devido ausência de coleta dos mesmos. As estradas não são pavimentadas, fato que dificulta o acesso da população à cidade. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas e a festa tradicional em homenagem ao padroeiro da comunidade, São José.

#### **1.4 A Unidade Básica de Saúde São José das Traíras: o dia a dia da unidade e da equipe**

A Unidade Básica de Saúde de São José das Traíras foi construída em 2007 com recurso do Programa Saúde em Casa. Possui uma recepção pequena com cadeiras disponíveis para espera das consultas, salas de atendimentos médicos, enfermagem, vacinação e uma sala de reuniões onde acontecem as reuniões de grupos operativos. A sala de curativos e pequenos procedimentos fica inutilizada muitas vezes devido à ausência de materiais. A copa e banheiro também fazem parte da estrutura da Unidade de São José.

A Unidade de Saúde possui nove micro áreas, a qual possui um veículo próprio que percorre todo território totalizando 11 localidades. São elas: São José, Incra, Maracaia, Pagéu, Formosa, Alto Tamarindo, Pequi, Moendinha, Bamba, Paulista, Mucungê. São 1519 pessoas cadastradas. A grande dificuldade que encontramos é a dimensão territorial existente entre as localidades e o difícil acesso às mesmas. Estradas sem pavimentação, locais de atendimento sem estrutura básica e as divisões de consultas mensais direcionadas para cada localidade é um grande problema para que o trabalho se torne efetivo.

### **1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

De acordo com a definição dos problemas prioritários presentes na UBS de São José das Traíras, delineamos uma ordem de importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção. Dentre os problemas mais relevantes, definimos a baixa vinculação dos pacientes portadores de sofrimento mental à UBS. Desde o início das atividades de trabalho na região, percebemos que os portadores de transtornos psiquiátricos não estão sendo bem assistidos. A partir deste diagnóstico, elaboramos um plano de ação específico para melhorar a resposta ao tratamento e um suporte educacional direcionado para equipe e familiares.

A renovação de receitas de psicotrópicos sem acompanhamento médico regular tem se tornado cada vez mais frequente, mas se direcionarmos com foco na melhoria da adesão do paciente em consulta, será reduzido esse problema.

O elevado número de consultas espontâneas também é um grande desafio para a equipe, mas com o apoio principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em agendar consultas, acolhimento de todos profissionais e uma triagem bem feita iremos proporcionar uma promoção à saúde e prevenção de doenças para todos os usuários.

Infelizmente, contamos com muitos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensados e sem colaboração para o tratamento proposto. Existe uma dificuldade no acesso à medicação, devido à distância das micro áreas à farmácia básica em Manga, além da ausência de muitos medicamentos na farmácia básica e as condições financeiras precárias para adquirir a medicação hipotensora. Esses fatores contribuem para o insucesso do tratamento. Mas a mudança será gradual, pois contamos com o apoio dos grupos de Hiperdia e profissionais engajados para mudança desta realidade.

Outro problema muito significativo é a imensa área geográfica em que estamos inseridos (nove micro áreas). Devido atendimentos divididos nessas regiões durante a semana, os pacientes não são assistidos de forma contínua. Isso dificulta os agendamentos de consultas e o trabalho integral da atenção primária. Todos esses problemas possuem uma importância singular e uma forma específica de capacidade de enfrentamento. Trabalharemos com ações específicas que irá

promover uma melhor qualidade de vida aos usuários com garantia dos seus direitos de cidadão, o acesso irrestrito à saúde.

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

**Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde São José das Traíras, Unidade Básica de Saúde São José das Traíras, município de Manga, estado de Minas Gerais**

<b>Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção/ Priorização****</b>
Baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental à UBS	Alta	8	Parcial	1
Renovação de medicamentos psicotrópicos sem acompanhamento médico regular	Alta	7	Parcial	2
Alta incidência de HAS	Alta	7	Parcial	3
Elevado número de consultas espontâneas	Alta	7	Parcial	4
A grande extensão territorial da equipe	Alta	6	Parcial	5

## 2 JUSTIFICATIVA

Esse estudo tem como temática central a baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental da área de abrangência da ESF São José das Traíras, no município de Manga/MG ao acompanhamento na unidade. Fato que é preocupante, pois esse é um grupo que necessita de atenção em seu tratamento, bem como acompanhamento.

Assim se faz relevante o conhecimento sobre a ESF, a qual surge no Brasil, através da Atenção Primária à Saúde (APS), para reorganizar a atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior oportunidade de aprofundar mais os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de aumentar a resolutividade e impacto na saúde das população e comunidades, além de propiciar uma importante melhoria na qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2012).

Para que haja um efetivo cuidado dos pacientes portadores de sofrimento mental pela ESF é necessário que a mesma seja capaz de dispor de escuta qualificada desses usuários, além de promover as intervenções necessárias de acordo com o nível de atenção prestada. Ressaltando que o acolhimento desses pacientes é sensível, demandando esforços psicológicos além das demais condições de saúde. E ainda o conhecimento da estrutura sociocultural e dos recursos da comunidade e da família, onde esse paciente vive, são condições necessárias para o enfrentamento dos problemas (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

As dificuldades encontradas na organização dos sistemas locais ou loco-regionais de saúde para acolhimento/captação dos usuários portadores de transtornos mentais são potencializadas pela "sensação" de incapacidade técnica de intervenção dos profissionais de saúde, principalmente o médico com formação clínica não especializada, que constitui a maioria dos profissionais médicos incorporados na atenção básica (TANAKA; RIBEIRO, 2009, p. 484).

Os distúrbios mentais são condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e ainda das emoções, as quais são persistentes ou recorrentes, produzindo perturbação no funcionamento normal da pessoa. Esses distúrbios se manifestam com sinais e sintomas específicos, seguindo um curso evolutivo como as demais doenças. Tais distúrbios são muito frequentes na população geral e entre

pacientes com outras doenças crônicas, porém são pouco diagnosticados e tratados, com grande tendência a serem subestimados pelos profissionais da saúde, principalmente quando sintomas físicos estão presentes (BALLONE, 2008).

Essa pesquisa se justifica então com a escolha desse problema para a elaboração do plano de intervenção, devido ao alto índice de pacientes portadores de sofrimento mental na área de abrangência da ESF São José das Traíras, sendo uma prevalência de 161 pacientes em uso de medicação contínua para sofrimento mental. Onde existe baixa vinculação a unidade, e conseqüentemente falta de tratamento e acompanhamento adequados a esses pacientes.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Desenvolver plano de intervenção que possibilite a melhoria da vinculação dos portadores de sofrimento mental a ESF São José das Traíras em Manga/MG.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Conhecer a realidade, bem como a vinculação dos pacientes portadores de sofrimento mental na ESF São José das Traíras em Manga/MG;
- Realizar revisão bibliográfica acerca da atenção primária e a assistência em saúde mental na ESF.

## 4 METODOLOGIA

Para conhecer os problemas no dia a dia da equipe, acerca da assistência prestada, foi realizado o diagnóstico situacional, por meio da estimativa rápida, e ainda análise em sistemas de informação da unidade referentes à ESF São José das Traíras de Manga, Minas Gerais, buscando capacitá-los no planejamento e organização de suas ações em saúde.

Na elaboração do plano de intervenção inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa, em base eletrônica de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, utilizando os seguintes descritores: Estratégia de Saúde da Família; Saúde mental; Atenção aos transtornos mentais na Atenção Básica. Sendo selecionados artigos, manuais, linhas guias, protocolos e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família disponíveis no site [www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca).

Assim com a realização do diagnóstico situacional e a revisão bibliográfica, foi possível elaborar o plano de ação, utilizando a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado. O plano possui as etapas de identificação e priorização do problema, explicação do problema e identificação das soluções, e elaboração da proposta de intervenção. Buscando então melhorias na assistência prestadas aos portadores de sofrimento mental, e conseqüentemente no vínculo desses pacientes com a ESF São José das Traíras de Manga, Minas Gerais (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Atenção Primária à Saúde

Definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Declaração de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS), é caracterizada pelos cuidados básicos, como a atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade (BRASIL, 2001).

Com o decorrer do tempo, a APS se estabeleceu em torno da organização dos serviços, com a função principal de ser o primeiro contato para o cuidado e proporcionar o acesso integrado a outros recursos no sistema de serviços de saúde. Com o enfoque nas famílias e comunidade, em que a APS deve responder à maior parte das necessidades em saúde de uma população, devendo ainda conduzir ações de saúde articuladas a outros setores, quando necessário (STARFIELD, 2002).

A integração da APS com os serviços dos demais níveis de complexidade é uma característica essencial da APS abrangente, concepção aqui adotada. Além de sua integração no sistema de saúde, a articulação intersetorial é outro aspecto crucial para alcançar uma APS resolutive. Entende-se que a saúde é inseparável do desenvolvimento econômico-social, requerendo ação dirigida para os problemas da comunidade e articulação intersetorial para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (HEIMANN et al, 2011, p. 2878).

As características acerca da atenção primária, são reforçadas como um conjunto de ações de saúde, desenvolvidas individual, familiar e coletivamente, abrangendo a promoção, proteção, prevenção, e ainda diagnóstico, tratamento e a reabilitação com redução nos danos, desenvolvendo uma atenção integral, com impacto na situação de saúde das pessoas e da comunidade em geral. Seu desenvolvimento ocorre por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão participativas, através do trabalho em equipe, dirigidas a populações adscrita em sua área de abrangência, onde assume a responsabilidade, considerando a diversidade existente nesse território. No Brasil os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica são considerados equivalentes (BRASIL, 2017).

A APS é considerada a porta de entrada do sistema, fundamentando-se nos princípios do SUS, sendo eles a universalidade, integralidade e equidade, em um

contexto de descentralização e controle social da gestão, e ainda nos princípios assistenciais e organizativos do SUS. A APS enfatiza a resolutividade dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, coordenando o cuidado nos diversos pontos de atenção, considerando os problemas da população o ponto principal para planejar as ações. A atenção à saúde voltada para a população estabelece as necessidades de saúde de uma população específica, sob responsabilidade de uma equipe, de acordo com os riscos, implementando e ainda avaliando as ações planejadas de acordo com a realidade daquela comunidade (ALMEIDA et al, 2015).

Acerca dos fundamentos e diretrizes da APS, indicados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), destaca-se a territorialização, permitindo o planejamento, programação descentralizada e o desenvolvimento de ações com impacto na situação da saúde da comunidade que constitui aquele território, com foco no princípio da equidade. Outro aspecto fundamental presente na PNAB é o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e com qualidade, acolhendo a população e promovendo a vínculo. Nessa diretriz o serviço de saúde deve se organizar para acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de solucionar a maioria dos problemas de saúde da população e diminuir os danos e sofrimentos, mesmo que esta solução seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2017).

Outra diretriz seguida pela APS, com base no SUS é a adscrição dos usuários e desenvolvimento de vínculos, bem como responsabilização entre equipe e população, proporcionando continuidade das ações de saúde na assistência prestada, embasado na longitudinalidade. A vinculação resulta da construção de relações de confiança e afeto entre o paciente e o profissional da saúde (BRASIL, 2017).

A APS do ponto de vista conceitual tem como princípio a coordenação do cuidado, o qual está presente no texto normativo, indicado como uma diretriz da PNAB:

Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas

das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais (BRASIL, 2017).

Por fim a APS é norteada pelo fundamento de estimular a participação dos usuários, buscando a ampliação da autonomia e capacidade com o cuidado de sua saúde e comunidade em geral. Assim a população poderá auxiliar na organização e orientação dos serviços de saúde, voltados para as necessidades dos usuários adscritos naquele território de abrangência (COELHO; JORGE; GUIMARAES, 2009).

## **5.2 Estratégia Saúde da Família**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada pela PNAB a modalidade prioritária de atenção básica (BRASIL, 2017).

Sousa e Hamann (2009) indicam que a ESF tem como foco a família, atuando em territórios delimitados, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Orientada pelas diretrizes: adscrição de clientela, territorialização, diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na realidade local a ESF implica em um novo modelo de cuidado, no qual a atenção ao usuário vai além de sua condição individual, ampliando o olhar para as questões comunitárias e locais.

A ESF deve ser composta basicamente por uma equipe multiprofissional, com no mínimo, um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; um auxiliar ou técnico de enfermagem; agentes comunitários de saúde de acordo com o número da população de abrangência de cada equipe. Podendo ser acrescentados a essa equipe os profissionais de Saúde Bucal, incluindo um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2017). Para Sousa e Hamann (2009, p. 1328) o processo de trabalho dessas equipes é marcado “pela interdisciplinaridade, vinculação, competência cultural, intersetorialidade e fortalecimento de uma gestão local que deve ser participativa/democrática”.

Em relação à área adscrita para cada equipe de Saúde da Família (eSF) sua responsabilização deve ser de 2000 a 3500 pessoas, seguido os critérios de equidade das diretrizes para tal definição. Onde o número de pessoas para cada

eSF deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias no território (BRASIL, 2017).

Atualmente, na APS brasileira existe a possibilidade de inclusão do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), um núcleo que surgiu com o objetivo de ampliar a abrangência e o sentido das ações realizadas na atenção básica, e ainda sua resolutividade (BRASIL, 2013a).

### **5.3 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)**

Buscando ampliar o escopo de ações ofertadas na atenção básica, bem como ampliar a abrangência e a resolutividade da mesma o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. O NASF foi organizado para prestar apoio matricial às ESF na APS (BRASIL, 2009b).

A partir de 2017, com a entrada em vigor da nova PNAB o NASF passa a ser chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ampliando suas ações de apoio também para outras modalidades de atenção básica além da ESF (BRASIL, 2017).

O NASF é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando de forma integrada e fornecendo apoio aos profissionais das equipes de ESF, academia da saúde, e das equipes para populações específicas, como os consultórios na rua, equipes fluviais e ribeirinhas, dentre outras, compartilhando assim práticas e saberes em saúde na área de abrangência de cada equipe, atuando diretamente no apoio matricial às equipes vinculadas ao NASF (BRASIL, 2014).

Sendo assim, a atuação do NASF junto às equipes de atenção básica se dá em dois aspectos principais: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Na perspectiva clínico-assistencial estão incluídas as ações voltadas diretamente para o cuidado prestado aos usuários, e na perspectiva técnico-pedagógica estão presentes as ações que envolvem a qualificação das equipes que recebem o apoio matricial, tais como treinamentos e educação continuada. (BRASIL, 2014).

A demanda do NASF advém das equipes de referência ESF, incluindo as equipes que atuam nos setores fluviais, ribeirinhas e com moradores em situação de rua. A referência dos casos deve ser discutida inicialmente na equipe e assim ser

encaminhada ao NASF. Esse núcleo se configura, enquanto apoiador a gestão e atenção à saúde, no entanto, a dificuldade em criar espaços coletivos para discussões é visível (BRASIL, 2009b).

O apoio matricial aparece como opção na organização, e ainda como suporte técnico aos serviços de APS. Salienta-se que esse apoio seja a principal estratégia de qualificação da ESF para atender às demandas de saúde mental da população. Assim a equipe responsável pelo apoio matricial poderá além de realizar atendimentos compartilhados com os profissionais da ESF na área de abrangência, fornecer através de discussões conjuntas de casos, intervenções junto às famílias (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Para atender às necessidades dos municípios que necessitam do apoio do NASF foram criadas três modalidades deste de equipes, conforme portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, sendo elas:

- NASF 1: apoio a 5 e/ou 9 Equipes de Referência ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, fluviais, ribeirinhas e consultórios de rua. Mínimo de 200h semanais, sendo cada ocupação profissional com, no mínimo, 20h de carga horária semanal, e no máximo 80h.

- NASF 2: apoio a 3 e/ou 4 Equipes de Referência da ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações fluviais, ribeirinhas e consultório de rua. Mínimo de 120h semanais, sendo cada ocupação com, no mínimo, 20h semanais, e no máximo 40h semanais.

- NASF 3: apoio a 1 e/ou 2 Equipes de Referência da ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações fluviais, ribeirinhas e consultório de rua. Mínimo de 80h semanais, sendo cada ocupação com, no mínimo, 20h semanais, e no máximo 40h semanais (BRASIL, 2014).

A composição das equipes de NASF-AB varia de acordo com as necessidades locais das equipes que são apoiadas. De acordo com a portaria que regulamenta a PNAB (BRASIL, 2017) podem compor as equipes do NASF-AB as seguintes categorias profissionais:

[...] Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e

profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva; ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

O trabalho do NASF está orientado para responder à algumas ações consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde, sendo: saúde da criança e adolescente; saúde mental; reabilitação e promoção em saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009b, p. 8).

#### **5.4 APS e a Saúde Mental**

A política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização iniciada em 1980, por usuários, familiares e trabalhadores da saúde, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde mais de 100 mil pessoas se encontravam internadas com transtornos mentais. Com o passar do tempo foi travada uma luta, buscando um processo de mudança, expressa por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e pelo projeto de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado, conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2013b).

Experiências em alguns municípios se iniciam ainda na década de 1980, com a desinstitucionalização de pacientes moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a reinserção dos mesmos em seus territórios de origem. Assim foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que tais serviços se expandiam, focados no cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise. A atenção aos pacientes com distúrbios mentais passa a ter então, como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não apenas o controle de sua patologia, bem como os sintomas apresentados. Sendo necessária a organização dos serviços, com a participação ativa da população, formando redes com outras políticas públicas, como educação, cultura, moradia, trabalho, enfim com a sociedade em geral (BRASIL, 2013b).

Atualmente através das políticas com foco na expansão da APS, ocorre grande estímulo de ações voltadas aos pacientes com sofrimento mental. A ESF nesse sentido possui função na reorganização de tal atenção no contexto SUS, com papel significativo no acompanhamento desses pacientes e ainda de seus familiares.

Embasada na organização do trabalho através de ações comunitárias, buscando além da assistência adequada, a inclusão social na comunidade onde vivem e realizam suas atividades rotineiras (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

A saúde mental no âmbito da comunidade, pode ser trabalhada utilizando instrumentos de cuidado especializado fora de ambientes hospitalares, aliados a iniciativas relacionadas às diferentes demandas que a doença ou limitação apresentam, proporcionando assim melhorias na qualidade de vida desses pacientes portadores de sofrimento mental (FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

Em Frateschi e Cardoso (2014) algumas características são atribuídas às ações da APS quanto ao cuidado da saúde mental, sendo elas:

- Estar associada às demais ações da rede básica;
- Assegurar o bem-estar da comunidade e do indivíduo;
- Privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas;
- Alocar os programas de saúde mental em diferentes serviços da rede básica, formando uma rede de suporte;
- Realizar ações diretas e indiretas;
- Utilizar novas estratégias de abordagem em saúde;
- Agregar profissionais com diferentes formações, implicar a comunidade e, por fim, considerar as características da comunidade (FRATESCHI; CARDOSO, 2014, p.547).

Pacientes portadores de sofrimento mental necessitam de cuidados básicos de saúde, dessa forma visto que o SUS busca a não institucionalização e ainda a prestação de uma assistência humanizada, através da APS é possível desenvolver estratégias para a inserção bem como reinserção desses pacientes na sociedade. Assim a ligação entre a saúde mental e a APS se faz necessária, possibilitando que as equipes possam assumir a responsabilização desse paciente, trazendo benefícios (FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

A saúde mental atualmente vem sendo integrada a APS, o que causa preocupação das equipes na ESF, devido principalmente à falta de preparo e receio de prestar assistência em situações difíceis que podem ocorrer com esses pacientes, como surtos psicóticos ou até tentativas de suicídio. Um dos pontos que favorecem tal preocupação é o fator do cuidado na saúde mental ser focado na medicação e encaminhamentos para avaliação especializada, o que mostra claramente a necessidade dessa integração, pois a ESF tem embasamento para prestar assistência a esses pacientes, necessitando talvez apenas de mais capacitações relacionadas ao tema. Pois o vínculo criado entre equipe, paciente,

familiares e comunidade em geral possibilita essa assistência qualificada. Ressalta-se ainda, que a ESF tem possibilidade do apoio matricial, através do NASF, com os atendimentos compartilhados, grupos e discussão de casos com equipe multiprofissional (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

Assim para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na APS com maior qualidade, é relevante a capacitação das equipes, buscando potencializar e qualificar a assistência prestada. Uma sugestão acerca de tal qualificação dos profissionais da ESF, seria as equipes de apoio matricial como dispositivo para se adotar uma educação continuada, através de discussões de casos e situações, contribuindo assim para a ampliação da clínica (SOUZA; RIVERA, 2010).

Segundo Souza e Rivera (2010, p. 128) “os princípios que norteiam tanto as ações de saúde mental quanto as da Atenção Básica estão pautados em algumas noções e conceitos como articulação, acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculos, e integralidade do cuidado”.

Na APS a continuidade do cuidado é um ponto importante, pois através do relacionamento contínuo entre profissional de saúde e paciente, a qualidade dos serviços de saúde mental melhoram gradativamente. Os serviços prestados pela ESF são considerados os mais acessíveis e aceitos pela população, envolvendo inclusive a assistência aos pacientes portadores de sofrimento mental. Assim quando a saúde mental está integrada a ESF é notório a melhoria no acesso dos pacientes, com os transtornos mentais sendo diagnosticados com maior facilidade, bem como seus tratamentos (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Dentre as principais razões para a integração do cuidado em saúde mental na APS Wenceslau e Ortega (2015, p. 1123) destacam:

(1) a elevada carga de doença dos transtornos mentais; (2) a conexão entre problemas de saúde física e mental; (3) o enorme gap terapêutico dos transtornos mentais. Além disso, a atenção primária, em especial, oferece para a saúde mental: (4) aumento do acesso, (5) promoção dos direitos humanos neste campo; (6) disponibilidade e custo-efetividade, e (7) bons resultados clínicos.

Com a integração das ações de saúde mental na APS, as possibilidades de novos rumos aos pacientes portadores de sofrimento mental aumentam, pois além do acesso a assistência de qualidade a equipe poderá ainda ofertar trabalho no sentido da desmistificação desses transtornos na população em geral. Garantindo

assim ao paciente igualdade em atendimentos e inclusive liberdade na sociedade acerca dos preconceitos existentes (SOUZA; RIVERA, 2010).

Na tentativa de substituir o modelo manicomial, o Ministério da Saúde cria alguns serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência (Cecos), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, entre outros. Na atenção básica as UBS, através das ESF possuem importante função em parceria com o CAPS compondo a rede comunitária de assistência em saúde mental (BRASIL, 2013b).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

O plano de intervenção compõe-se com as operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionados ao problema prioritário “A baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental à ESF São José das Traíras”, no município Manga, estado de Minas Gerais, sendo detalhados nos quadros a seguir, um quadro para cada nó crítico.

### **6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

O problema priorizado nesse plano de intervenção é a má adesão dos pacientes de saúde mental à ESF São José das Traíras, que vem ocorrendo frequentemente. Onde foi percebido desde o início das atividades de trabalho na região, que os portadores de sofrimento mental não estão sendo bem assistidos. A equipe de saúde tem apresentado dificuldades na assistência a esse grupo de pessoas que possuem problemas muitas vezes graves.

### **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

As causas possíveis para a ocorrência desse problema primeiramente é a falta de preparo da equipe para assistir esse público, não em relação apenas ao tratamento, mas principalmente no acolhimento. A equipe realiza também a renovação de receitas de psicotrópicos sem acompanhamento médico regular, mas com o direcionamento com foco na melhoria da adesão do paciente em consulta, possibilitará uma melhoria na assistência.

### **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

Os nós críticos selecionados na elaboração desse plano de intervenção são:

- Dependência de medicamentos;
- Ausência de grupo operativo em Saúde Mental
- Ausência de medicamentos na farmácia básica/Difícil acesso à cidade para pegar medicação;

- Ausência de consultas agendadas destinadas à Saúde Mental;
- Falta de preparo da equipe;
- Suporte familiar inadequado.

#### 6.4 Desenho das operações (sexto passo)

**Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “A baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental à ESF São José das Traíras”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José das Traíras, do município de Manga, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 1</b>	<b>Dependência de medicamentos</b>
<b>Operação (operações)</b>	Tratamento supervisionado; Aumentar a adesão dos pacientes através da participação de grupos operativos e em consulta médica regular.
<b>Projeto</b>	Desmame medicamentoso supervisionado.
<b>Resultados esperados</b>	Uso de medicação de forma consciente; Redução de uso de psicotrópicos sem necessidade com o desmame medicamentoso supervisionado.
<b>Produtos esperados</b>	Busca ativa dos ACS de pacientes com uso de psicotrópicos; Agendamento de consultas mensais; Renovação de receitas apenas se paciente estiver engajado no plano terapêutico.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Agendamento de consulta na UBS e visitas domiciliares; Cognitivo: Orientações aos profissionais acerca dos prejuízos causados com o uso indiscriminado de medicamentos; Financeiro: Financiamento para manter a assistência da equipe e ainda farmacêutica integral; Político: Articulação entre os setores da saúde.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Priorização no agendamento de consulta na UBS e visitas domiciliares; Cognitivo: Informação sobre os prejuízos causados com o uso indiscriminado de medicamentos. Político: Mais articulação entre os setores da saúde e adesão de profissionais. Financeiro: Manter as medicações básicas na assistência a esses pacientes.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Controle feito pela equipe com o apoio do CAPS.
<b>Ações estratégicas</b>	Treinamento da equipe para realizar o desmame dos medicamentos de forma supervisionada.
<b>Prazo</b>	02 meses.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	ESF São José das Traíras e CAPS.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	O monitoramento será realizado através de busca de dados nos prontuários e acompanhamento frequente aos pacientes.

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “A baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental à ESF São José das Traíras”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José das Traíras, do município de Manga, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 2</b>	<b>Ausência de grupo operativo em Saúde Mental</b>
<b>Operação (operações)</b>	Grupos operativos Inclusão dos usuários e familiares em grupos operativos, elaborando estratégias de mudanças através de educação em saúde Mental.
<b>Projeto</b>	Grupo operativo Saúde Mental.
<b>Resultados esperados</b>	Boa adesão dos pacientes de saúde mental a unidade para melhor acompanhamento em seus tratamentos.
<b>Produtos esperados</b>	Equipe orientada acerca da necessidade e importância de se implantar e manter os grupos operativos; Pacientes, familiares e equipe com participação ativa nos grupos operativos.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Planejamento dos grupos operativos; Cognitivo: Orientações quanto a saúde mental no geral; Financeiro: Financiamento para implantação dos grupos operativos; Político: Adesão dos profissionais.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Adesão dos portadores de sofrimento mental aos grupos; Cognitivo: Informação sobre a saúde mental no geral; Político: Mais articulação entre os setores da saúde e adesão de profissionais; Financeiro: Recursos para despertar o interesse dos portadores de sofrimento mental aos grupos.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Controle feito pela equipe com o apoio do CAPS.
<b>Ações estratégicas</b>	Treinamento da equipe para realização dos grupos operativos; Grupos operativos com os pacientes e familiares para informações acerca da saúde mental, principalmente relacionado a importância do acompanhamento e tratamento.
<b>Prazo</b>	02 meses.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	ESF São José das Traíras e CAPS.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	O monitoramento será realizado através de acompanhamento frequente aos pacientes.

**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “A baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental à ESF São José das Traíras”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José das Traíras, do município de Manga, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 3</b>	<b>Ausência de consultas agendadas destinadas à Saúde Mental</b>
<b>Operação (operações)</b>	Agendamento de consultas; Estabelecer números de consultas diárias direcionadas ao paciente com transtorno mental.
<b>Projeto</b>	Adequação das consultas agendadas na Saúde Mental.
<b>Resultados esperados</b>	Boa adesão dos pacientes de saúde mental a unidade para melhor acompanhamento em seus tratamentos.
<b>Produtos esperados</b>	Busca ativa dos ACS de pacientes da saúde mental; Agendamento de consultas mensais.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Agendamento da consulta pelos ACS em visitas domiciliares; Apoio do CAPS; Cognitivo: Articulação no atendimento, para possibilitar o agendamento; Financeiro: Financiamento para manter as equipes sempre completas, possibilitando as consultas agendadas; Político: Articulação entre os setores para disponibilizar o agendamento

	adequado.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Agendamento dos portadores de sofrimento mental em consulta; Cognitivo: Adequação do acompanhamento dos pacientes da saúde mental nas consultas; Político: Mais articulação entre os setores da saúde e adesão de profissionais; Financeiro: Manter profissionais para agendamento.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Controle feito pela equipe e CAPS.
<b>Ações estratégicas</b>	Capacitação da equipe para organização e realização das consultas agendadas; Agendamento das consultas pelos ACS.
<b>Prazo</b>	02 meses.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	ESF São José das Traíras e CAPS.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	O monitoramento será realizado através de acompanhamento frequente aos pacientes.

**Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “A baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental à ESF São José das Traíras”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José das Traíras, do município de Manga, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 4</b>	<b>Falta de preparo da equipe</b>
<b>Operação (operações)</b>	Educação permanente dos profissionais; Treinamento continuado de toda equipe, através de reuniões periódicas para reflexão sobre suas práticas de atenção à saúde mental.
<b>Projeto</b>	Preparando a ESF São José das Traíras para a Saúde Mental.
<b>Resultados esperados</b>	Boa adesão da equipe para proporcionar melhor acompanhamento aos pacientes.
<b>Produtos esperados</b>	Equipe orientada acerca da boa assistência prestada aos pacientes de saúde mental.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Agendamento das capacitações; Apoio do CAPS; Cognitivo: Capacitação da equipe acerca de sofrimento mental; Financeiro: Financiamento para capacitação da equipe fornecendo maior preparo; Político: Articulação dos gestores para oferecer capacitações.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Capacitações a todos os profissionais; Cognitivo: Diversas informações referentes a saúde mental; Político: Mais articulação entre os setores da saúde e adesão de profissionais. Financeiro: Materiais para capacitação.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Controle feito pela equipe.
<b>Ações estratégicas</b>	Capacitação da equipe.
<b>Prazo</b>	15 dias.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	ESF São José das Traíras.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	O monitoramento será realizado através de acompanhamento frequente da equipe.

**Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “A baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental à ESF São José das Traíras”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José das Traíras, do município de Manga, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 5</b>	<b>Suporte familiar inadequado</b>
<b>Operação (operações)</b>	Aumentar o nível de informações dos familiares sobre os transtornos mentais.
<b>Projeto</b>	Preparando os familiares para a Saúde Mental.
<b>Resultados esperados</b>	Boa adesão dos familiares de pacientes da saúde mental a unidade para proporcionar melhor acompanhamento em seus tratamentos.
<b>Produtos esperados</b>	Familiares orientados acerca dos cuidados com pacientes de saúde mental.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Grupos para fornecer suporte as famílias de portadores de sofrimento mental; Cognitivo: Agendamento e convites dos grupos pelos ACS em visitas domiciliares; Financeiro: Financiamento para capacitação da equipe fornecendo maior preparo; Político: Apoio as equipes para fornecer suporte adequado.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Grupos operativos com pacientes e familiares; Cognitivo: Diversas informações referentes a saúde mental. Político: Apoio do CAPS. Financeiro: Materiais necessários para os grupos.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Controle feito pela equipe nas famílias.
<b>Ações estratégicas</b>	Capacitação da equipe para fornecer suporte adequado aos familiares.
<b>Prazo</b>	03 meses.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	ESF São José das Traíras.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	O monitoramento será realizado através de acompanhamento frequente dos familiares.

**Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “A baixa vinculação dos portadores de sofrimento mental à ESF São José das Traíras”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José das Traíras, do município de Manga, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 6</b>	<b>Ausência de medicamentos na farmácia básica/Difícil acesso à cidade para pegar medicação.</b>
<b>Operação (operações)</b>	Acesso aos medicamentos.
<b>Projeto</b>	Melhoria da assistência farmacêutica aos pacientes de Saúde Mental.
<b>Resultados esperados</b>	Uso de medicação de forma correta; Boa adesão dos pacientes aos tratamentos; Maior controle dos distúrbios mentais.
<b>Produtos esperados</b>	Assistência farmacêutica integral; Transporte para o fornecimento do medicamento ao paciente.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Implantação de assistência farmacêutica na unidade; Cognitivo: Manter medicações básicas aos usuários portadores de distúrbios mentais; Financeiro: Financiamento da gestão na assistência farmacêutica integral para evitar ausência de medicamentos na farmácia básica.

	Político: Recursos para implantar assistência farmacêutica na equipe.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Assistência farmacêutica integral; Cognitivo: Implantação de assistência farmacêutica na unidade; Político: Participação da gestão e assistência farmacêutica integral para evitar ausência de medicamentos na farmácia básica; Financeiro: Recursos para profissionais na assistência farmacêutica.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Controle feito pela gestão e equipe.
<b>Ações estratégicas</b>	Elaborar estratégias regulamentadas para dispensação de medicamentos para pacientes na zona rural.
<b>Prazo</b>	15 dias.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Gestão, Farmácia Básica e ESF São José das Traíras.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	O monitoramento será realizado através de acompanhamento da disponibilização dos medicamentos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse estudo e elaboração do plano de intervenção para a ESF São José das Traíras foi possível perceber que as equipes em geral possuem um importante desafio em relação à intervenção ativa na situação de saúde da população portadora de distúrbios mentais, buscando prestar atendimento integral.

A implantação do plano de intervenção aqui elaborado visa a sensibilização e a capacitação dos profissionais da equipe, podendo assim identificarem a situação de saúde da população na saúde mental e instrumentalizá-los a planejar e ofertar todas as ações necessárias para uma atenção integral. Busca ainda que a equipe ofereça ações coletivas, preventivas, visitas domiciliares, atendimentos individuais com avaliação da capacidade funcional, atendimento humanizado com o acolhimento do portador de sofrimento mental, bem como seus familiares, visando melhorar a qualidade de vida dessa população.

Espera-se ainda diminuir a demanda desorganizada de renovação de receitas, pois além de não prestar um atendimento de qualidade a esse usuário de psicofármacos, sobrecarrega a equipe, dificultando a assistência. Outro ponto importante é o alcance da ampliação de conhecimentos aos familiares desses pacientes, e ainda a inserção dos grupos operativos, com o apoio do CAPS, desenvolver atividades rotineiras, tornando-os mais ativos e conseqüentemente melhorando a qualidade de vida.

Se faz relevante ao final da implantação do plano de intervenção destacar a necessidade de monitoramento e avaliação desse plano, visando avaliar se as metas foram atingidas e se necessário realizar mudanças para atingir os objetivos propostos.

## REFERENCIAS

ALMEIDA, J. H. H. et al. Atenção primária à saúde: enfocando as redes de atenção à saúde. **Rev. de Enf. UFPE on line**. Recife, 9(11):9811-6, nov., 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10772/11911>> . Acesso em: 02 Jan. 2019.

BALLONE, G. J. o que são Transtornos Mentais – in. **PsiquWeb**, 2008. Acesso em: 20 Jan. 2019. Disponível em: [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br).

BRASIL, **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde (1978). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. Acesso em: 02 Jan. 2019. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a. Acesso em: 28 Dez. 2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf).

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **DIRETRIZES DO NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica: n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde mental. nº 34**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 27Abr 2019.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B.; GUIMARÃES, J.M.X. Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev.APS**, v.12, n.4, p.448-458, out/dez. 2009. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/14232/7704>>. Acesso em: 27 Abr 2019.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Artigo de revisão. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>>. Acesso em: 27 Abr 2019.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F. C. C., SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018.

FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 545-565, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00545.pdf>>. Acesso em: 27 Abr 2019.

GRYSCHKEK, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, Oct. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3255.pdf>>. Acesso em: 27 Abr 2019.

HEIMANN, L. S. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brazil). **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877-2887, June 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/25.pdf>>. Acesso em: 27 Abr 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Indicadores Cidades**, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/manga/panorama>>. Acesso em: 28 Dez. 2018.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**[online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp.1325-1335. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>>. Acesso em: 27 Abr 2019.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**. 2010;4(1):105-14. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 27 Abr 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 27 Abr 2019.

TANAKA, O. Y.; E. L. RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.14, n.2. Rio de Janeiro, 2009. Acesso em: 20 Dez. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf>>. Acesso em: 27 Abr 2019.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, Dec. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220141152.pdf>>. Acesso em: 27 Abr. 2019.