

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

PEDRO AUDEBERT MARQUES DELAGE

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE SAÚDE MENTAL
EM MATUTINA – MINAS GERAIS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Polo de Uberaba/ Minas Gerais

2016

PEDRO AUDEBERT MARQUES DELAGE

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE SAÚDE MENTAL
EM MATUTINA – MINAS GERAIS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Msc. Laís de Miranda Crispim Costa

Polo de Uberaba/Minas Gerais

2016

PEDRO AUDEBERT MARQUES DELAGE

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE SAÚDE MENTAL
EM MATUTINA – MINAS GERAIS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Msc. Laís de Miranda Crispim Costa – Universidade Federal de Alagoas.

Examinador 2 – Prof. Dra. Emiliane Silva Santiago – Universidade Federal do Mato Grosso

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que tornaram possível a realização deste trabalho:

A equipe de Saúde do município de Matutina, sobretudo aos funcionários da UBS Ega Morato.

Meus colegas de curso, professores e tutores.

Meus amigos e familiares, pelo apoio.

RESUMO

O aumento na prevalência de transtornos mentais e utilização e abuso de psicofármacos são fenômenos globais. A partir deste entendimento este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para reestruturar o modelo de atenção ao usuário de Saúde Mental em Matutina, Minas Gerais. O instrumento utilizado para elaboração do plano de intervenção foi o Planejamento estratégico situacional, o qual visa formular uma estratégia para orientar as diferentes visões dos atores sociais para solução de um dado problema. Os nós críticos identificados para compor o plano de ação foram: ausência de longitudinalidade do cuidado; sistema de confecção de receitas de medicamento contínuo; hábitos e estilo de vida prejudicados; déficit na atuação das agentes de saúde; a cultura institucional vigente; e pouco conhecimento sobre população adscrita. Para êxito do plano operativo todos os atores sociais tem importância única e somente à partir da soma de seus esforços é que pode resultar uma mudança positiva e duradoura para a saúde da comunidade.

Palavras-chave: Saúde mental; Estratégia saúde da família; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The increase in the prevalence of mental disorders and the use and abuse of psychoactive drugs are global phenomena. From this understanding this study aimed to develop an action plan to restructure the model of attention to mental health user in Matutina, Minas Gerais. The instrument used to prepare the action plan was the Situational strategic planning, which aims to formulate a strategy to guide the different views of social actors to solve a given problem. Critics we identified to compose the action plan were: lack of care longitudinality; system making continuous product revenue; habits and style of life affected; deficit in the performance of health workers; the existing institutional culture; and little knowledge of enrolled population. To successfully operating plan all social actors have unique importance and the only from the sum of their efforts is that it can result in a positive and lasting change for the health of the community.

Key words: Mental Health; Family health strategy; Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: agente comunitário de Saúde

PES: Planejamento estratégico Situacional

UBS: Unidade Básica de Saúde

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

ESF: Equipe Saúde da Família

OMS: Organização mundial de Saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Matutina em Minas Gerais

Figura 2: Território Adscrito do PSF Ega Morato

Figura 3: Árvore de Problema

Tabela 1: Tabela de Suicídios por 100000 habitantes no Brasil

Tabela 2: Desenho do plano de ação

SUMÁRIO

Introdução.....	11
Justificativa.....	15
Objetivo.....	17
Metodologia.....	18
Revisão Bibliográfica.....	21
Proposta de intervenção.....	25
Considerações Finais.....	30

1 INTRODUÇÃO

O município de Matutina – Minas Gerais fica situado na região do Alto Paranaíba e distante 306km da capital. Sua população em 2010 era de 3.763 habitantes. Trata-se de uma cidade relativamente jovem, fundada em 1961. Sua principal atração turística é a festa da agroindústria e o desfile de carros de boi, que ocorrem no mês de julho. A matriz da cidade foi tombada em 2007 pelo patrimônio histórico devido ao seu estilo arquitetônico. O IDH do município é de 0,707. (BRASIL, 2014)

A população adscrita na UBS Ega Morato compreende um total de 1.630 pessoas, distribuídas entre 643 famílias cadastradas. Desta população, 1.368 (97,4%) dos indivíduos com 15 anos ou mais são alfabetizados e 139 (99,29%) dos indivíduos com 7-14 anos frequentam a escola. Toda a população adscrita (100%) reside em domicílios de tijolo ou adobe, dos quais 99,38% (639 famílias) tem abastecimento de água pela rede pública e 0,62 % (4 famílias) por foco ou nascente.

Ainda sobre o destino de água, 639 famílias (99,69%) dispõem de sistema de esgoto e 4 (0,62%) de fossa. Não há, nos registros de SIAB, deposição de excretas a céu aberto na área de abrangência. Todas as 643 famílias (100%) usufruem de luz elétrica e de tratamento de água em seus domicílios, seja por filtração (97 famílias ou 15,09%) ou cloração (546 famílias ou 84,91%). (BRASIL, 2015),

A economia do município baseia-se principalmente na pecuária de corte e leite, na fábrica de laticínios da cidade e, como é de praxe na maioria dos municípios do interior do Brasil, em cargos públicos. É importante ressaltar também que o número de indivíduos com mais de 60 anos e que obtêm renda de aposentadorias/pensão é expressivo, correspondendo a 818 pessoas, ou 21,73% do total de habitantes do município. (BRASIL, 2015).

Em relação ao perfil de morbimortalidade, tem-se os seguintes dados: 14 indivíduos (1,01%) referiram alcoolismo, 28 (1,72%) deficiência, 77 (4,72%) diabetes, 6 (0,37%) epilepsia e 368 (22,28%) reportaram a hipertensão. Há, na população adscrita, apenas 7 gestantes (0,90%). Em relação ao número de óbitos, em 2014, foram registrados 23 óbitos no município, sendo a maioria (12 óbitos), na faixa etária superior a 60 anos. As causas de morte mais prevalentes foram: enforcamento auto provocado (3 casos) e neoplasia maligna do trato digestivo (3 casos). Outras causas, como neoplasia maligna de vias respiratórias, Doença de Chagas, Neoplasia de

mama, Hipertensão Arterial, Infarto Agudo do Miocárdio, Pericardite, Pneumonia e insuficiência renal aguda levaram ao óbito, cada uma, a 1 indivíduo.

Em âmbito de infraestrutura, a comunidade dispõe de 2 escolas, uma creche, uma igreja católica matriz e quatro igrejas neopentecostais que funcionam para cultos. O município dispõe de rede bancária com agências dos bancos Bradesco e Sicoob, além de uma agência do correios com banco postal do Banco do Brasil e uma casa lotérica com atendimento da Caixa Econômica Federal.

A infraestrutura de saúde no município conta com duas equipes de saúde da família e uma Unidade Mista, teoricamente destinada aos atendimentos de urgência e emergência. A Unidade Mista conta com serviço de laboratório e radiografia em horário comercial. Além destes, há um posto de coleta de um laboratório particular no município. Não existem médicos em nossa cidade que prestem atendimento particular, sendo que a população que deseja ser atendida por estes profissionais costuma buscar atendimento em São Gotardo (município vizinho, distante 23km de Matutina).

As duas ESF compreendem 2 médicos (ambos do Programa Mais Médico), 2 equipes de saúde bucal, 2 enfermeiros, 2 técnicas de enfermagem e 4 agentes de saúde. A rede de atenção básica conta com um NASF, integrado por psicóloga, nutricionista e fisioterapeuta. A rede dispõe ainda de consultas ambulatoriais semanais das seguintes especialidades médicas: Pediatria, Ginecologia Obstetrícia e Cardiologia.

O trabalho médico na UBS ocorre durante 8 turnos semanais de atendimento com 4 horas cada, voltado principalmente ao atendimento da demanda espontânea. Em um turno de atendimento por semana são realizadas visitas domiciliares, a pacientes com mobilidade restrita. Nos turnos em que há atendimentos na unidade, são atendidos em média 15 pacientes e nos de VD, 8 domicílios.

Casos que necessitam maior densidade tecnológica são encaminhados para a referência macro-regional (São Gotardo e Patos de Minas, principalmente) via SUS fácil ou TFD, conforme a natureza do agravo (quadros de urgência e emergência via SUS fácil e condições clinicamente estáveis via TFD). A articulação dos encaminhamentos intermunicipais de natureza ambulatorial é feita na Secretaria municipal de Saúde, por funcionários e critérios próprios. Na secretaria também fica alocada a Coordenação da Atenção Básica.

Quanto ao modelo de atenção praticado, o sistema de saúde se (des)organiza segundo um sistema fragmentado e hierarquizado que se dedica, tanto em seus pontos de atenção, como no todo, ao atendimento da demanda espontânea de natureza predominantemente aguda. O regime de atendimento se dá por *overflow*, a saber: a demanda espontânea/consultas do dia, são alocadas nas vagas de atendimento por turno na UBS e aqueles casos que não podem ser solucionados ali (seja pela falta de vagas naquele turno, seja pela necessidade de cuidados da patologia) são encaminhados para a Unidade Mista. Alguns usuários preferem buscar a unidade mista diretamente devido ao menor tempo de espera no atendimento.

A iniciativa de desenvolvimento de grupos e estratificação por risco ainda é embrionária. O seu principal impedimento é o tempo dos profissionais, que é ocupado quase que integralmente pela atenção à demanda espontânea e agendamento de consulta para o dia. O ambulatório especializado também se organiza segundo este modelo, onde são encaminhados pacientes cuja queixa não consegue ser sanada integralmente pelos outros pontos do cuidado da rede.

As unidades de atenção do município não se comunicam, salvo em algumas ocasiões em que os gestores locais convocam reuniões para discutir assuntos de natureza imediata. Importante dizer que as referidas reuniões somente são realizadas após acontecimento de algum mal-estar maior, nunca em caráter preventivo ou periódico. Seguem as ilustrações da cidade de Matutina e do território adscrito à UBS Ega Morato:



Figura 1- Matutina em Minas Gerais. Fonte Wikipedia.

Disponível em https://pt.wikipedia.org/wiki/Matutina#/media/File:MinasGerais_Municip_Matutina.svg

2 JUSTIFICATIVA:

Em razão do panorama delineado na descrição anterior, torna-se evidente a necessidade de reestruturação do modelo de atenção praticado em Matutina MG. Desde o início do curso de especialização em Medicina da Família, ambos os profissionais do Programa Mais Médico tentaram, malgradadamente, implementar mudanças. Foram realizadas tentativas de instituição de agenda mediante reuniões de equipe e gestores, qualificação de ACS, troca de atores sociais críticos.

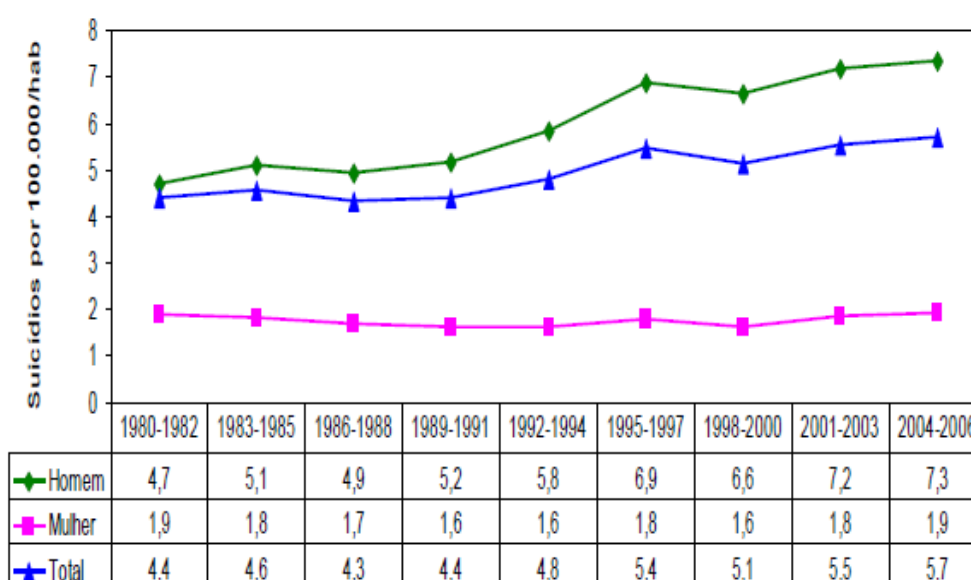
Entendemos, a partir da análise do fracasso de tentativas anteriores, que a mudança implementada, deve ser, em um primeiro momento, pontual, sem romper abruptamente com a dinâmica de funcionamento da rede de atenção. Esta opção se justifica pelo objetivo de mostrar aos gestores, a partir de uma mudança implantada, a eficácia, eficiência e efetividade de um modelo de atenção pautado pelos paradigmas de cuidado.

Dito isto, foi realizada a opção pela subpopulação da área adscrita que paga o preço mais alto por um modelo de atenção que se inclina quase que exclusivamente sobre demanda espontânea: o usuário de Saúde Mental.

Além de se tratar de uma população extremamente vulnerável as falhas de um modelo de atenção voltado à demanda espontânea. Trata-se de uma parcela significativa da população atendida pelas equipes de ESF. Dados como os de Maragno e Maia apontam para uma prevalência da ordem de 25% de transtornos mentais na população atendida por ESF (MARAGNO, 2006); (MAIA, DURANTE e RAMOS 2004). Em nosso município não temos sequer uma estimativa desse valor.

A maioria das ferramentas diagnósticas, sejam o DSM-IV (AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION, 1994), diretrizes brasileiras e outras, referem como critério diagnóstico de depressão e transtorno bipolar comprometimento volitivo, ou seja, falta de desejo para buscar ou desempenhar qualquer atividade. Neste caso, em nosso município, estes indivíduos ficam à mercê de seu diagnóstico: não buscam atendimento, não tem seu tratamento reavaliado quanto a adesão, eficiência, reajustes e duração. Ademais, a rede de referência e contra-referência é precária. Indivíduos com transtorno de esquizofrenia não tem adesão terapêutica e alternam períodos de desassistência com períodos nos quais sua disfuncionalidade atinge paroxismos, culminando em institucionalização voluntária ou por pedido de seus familiares.

Ilustram a situação descrita dois dados alarmantes: o primeiro, obtido da análise dos dados de SIAB é o número de óbito por autoextermínio em 2014, muito superior à média brasileira (vide figura). Sabe-se também que é alta a prevalência de transtornos mentais em suicidas 72% (SANTOS, 2009) e o suicídio como desfecho final evidencia falha retumbante de todas as etapas da atenção à saúde do sujeito (sujeito como pessoa, mas também sujeito à todas as agruras de sua condição, de seu meio, do seu sofrimento). Sem encontrar solução para sua condição na vida, ele se retira dela.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, Ministério da Saúde (DATASUS, 2009).

Tabela 1: Suicídios por 100000 habitantes no Brasil de 1980 a 2006

Outro dado, este preocupante per se e também pela maneira de sua obtenção, trata-se da renovação de receita dos pacientes por um número expressivo de usuários de medicação psicotrópica (não se sabe precisamente quando foi feito o diagnóstico, tempo de uso e eficácia da medicação). Não há qualquer levantamento formal deste contingente no município. Pois bem, tem-se aí dois problemas: abuso de substância, e desconhecimento acerca população adscrita.

Este plano de intervenção tem, portanto, o objetivo de sugerir uma estratégia para intervenção no modelo da atenção à saúde mental em Matutina-MG, como também propiciar o melhor conhecimento acerca da população adscrita.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral: Elaborar um plano de intervenção com objetivo de reestruturar o modelo de atenção ao usuário de Saúde Mental em Matutina-MG.

Objetivos específicos:

- Ampliar a longitudinalidade de cuidado, por meio de projetos terapêuticos singular e comunitários.
- Reavaliar e atualizar a terapêutica dos usuários da população adscrita.
- Empoderar agentes de saúde e NASF na rede de atenção da ABS.
- Propor a criação de ambientes de interface entre usuários e equipe de saúde.

4 METODOLOGIA

O instrumento utilizado para elaboração do plano de intervenção foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme descrito por Campos, que tem por objetivo formular uma estratégia para orientar as diferentes visões dos atores sociais para solução de um dado problema. O PES se diferencia dos demais modelos de planejamento pois opera e planeja à partir da percepção da situação por cada um dos atores sociais imbricados no processo. (CAMPOS e FARIA, 2010)

As etapas do planejamento do PES são as seguintes:

- Momento explicativo: fase em que se busca conhecer a situação atual, seus problemas, seus nós críticos, atores sociais envolvidos e suas respectivas posições.
- Momento normativo: etapa de elaboração de soluções para os problemas elencados no passo anterior.
- Momento estratégico: fase de análise da viabilidade e formulação de estratégias para êxito dos objetivos. Importante ressaltar que a construção do plano de ação, a qual Momento tático-operacional: momento da execução do plano de ação.

A aplicação do PES e de seus momentos, resulta em um plano de ação, que foi delineado a partir das seguintes etapas:

- Primeiro passo: definição de problemas. Deste passo resulta o conhecimento dos principais problemas, de suas causas e consequências na região auferida. Também compete à essa fase a situação do problema na rede do município (se é final ou intermediário) e seu grau de estruturação. A aplicação da estimativa rápida constitui um facilitador para execução deste passo, pois reduz o tempo e os recursos demandados para sua execução.
- Segundo passo priorização de problemas: após a definição dos problemas, devemos decidir quais são aqueles que têm mais urgência para solução e a capacidade de enfrentamento. Acreditamos que a solução para a questão do modelo de atenção no nosso município tenha sido mal sucedida em tentativas anteriores por problemas nesta fase: ao propormos múltiplas intervenções em campos diferentes simultaneamente, a iniciativa perdeu coesão e fracassou gradativamente.

- Terceiro passo: descrição do problema. É a sua quantificação e qualificação. Em relação ao problema escolhido (atenção à saúde mental) ainda há pontos de desconhecimento, porém nosso plano de ação contempla alternativas para solucionar esta situação.
- Quarto passo: explicação do problema. Entendimento da gênese do problema, dos contextos nos quais ele é produzido.
- Quinto passo: Identificação dos nós críticos. À partir da análise do problema, verificar, dentre suas causas quais destas, quando sofrem intervenção, podem levar à solução deste.

É importante salientarmos que os passos primeiro a quinto se enquadram predominantemente no momento explicativo do PES.

- Sexto passo: desenho de operações. A partir da identificação de nós críticos, deve-se definir as estratégias de abordagem deste, resultados esperados e recursos necessários para êxito.
- Sétimo passo: identificação de recursos críticos. Após etapa anterior deve-se identificar, para cada operação planejada, qual o recurso indispensável e que não está completamente disponível. Cabe dizer que recurso exprime não somente bens de ordem pecuniária, mas também recursos organizacionais, políticos, administrativos e de conhecimento.

Os passos 6 e 7 se enquadram principalmente no momento normativo do PES.

- Oitavo passo: análise de viabilidade. Etapa em que são identificados quais atores detem os recursos críticos, suas respectivas motivações para execução das operações e estratégias, caso a motivação seja neutra ou desfavorável, para convencimento.
- Nono passo: elaboração do plano operativo. Trata-se de uma etapa de operacionalização do plano de ação. Nela, serão elencados os indivíduos que se responsabilizarão por cada uma dos projetos de enfrentamento de nós críticos e os prazos para conclusão.

Os passos 8 e nove correspondem ao momento estratégico do PES.

- Décimo passo: Gestão do plano. Etapa em que se define a gestão e monitoramento do plano de ação. Este passo fica compreendido na quarta etapa do PES. Segue uma ilustração da árvore de problemas:

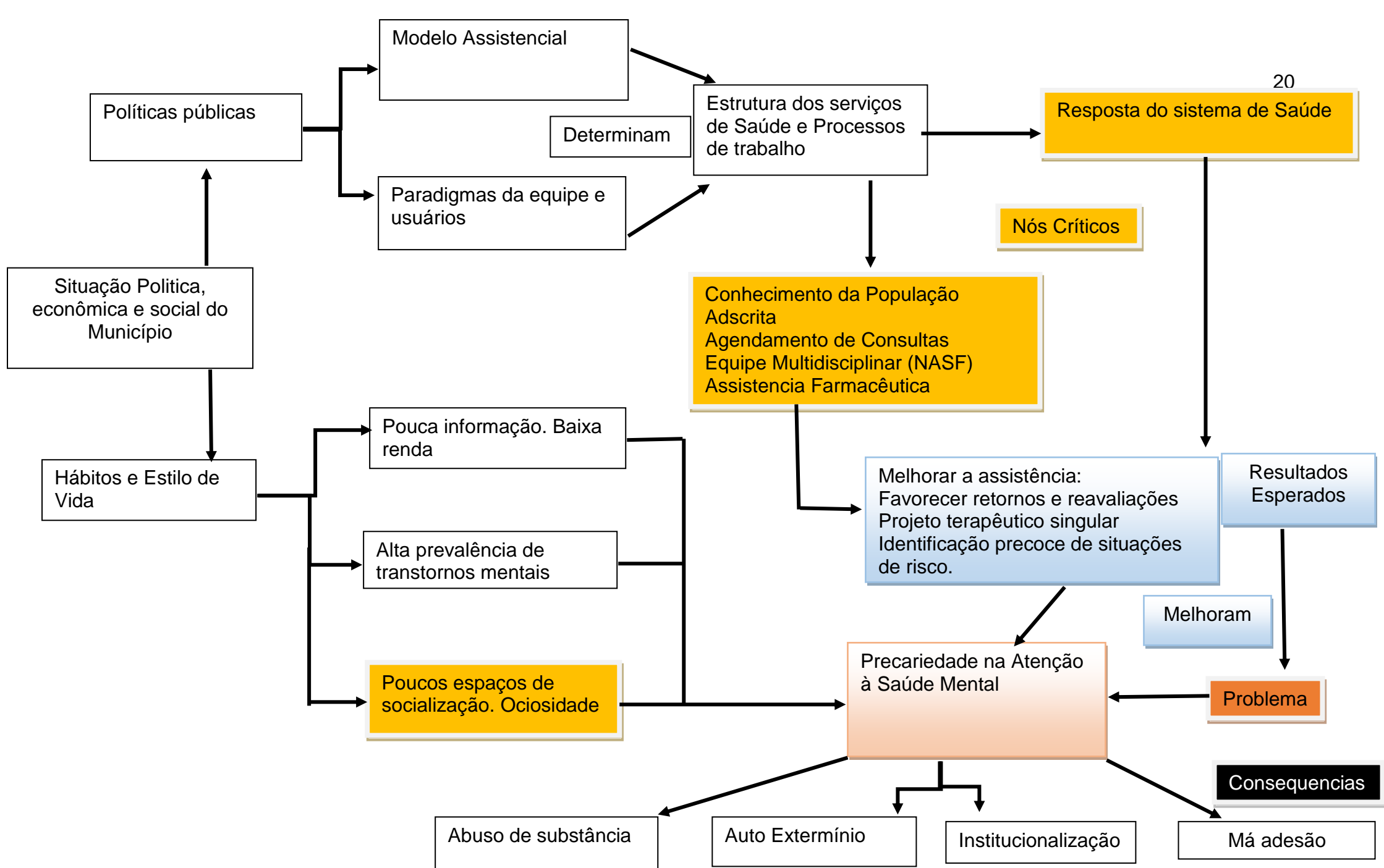


Figura 3: Árvore dos Problemas

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:

Globalmente, uma série de artigos publicada na revista Lancet, denominada Global mental Health (KLEINMAN et al, 2009) aponta para um grande hiato terapêutico, sobretudo em países não desenvolvidos, isto é, a ausência de tratamento adequado, ou mesmo qualquer tratamento para indivíduos com patologia mental. Segundo estes artigos, o gap terapêutico da depressão e esquizofrenia podem ser, respectivamente, 50 e 35%. Ademais, esta série aponta que em 2020 a depressão é projetada como a segunda maior causa de morbimortalidade em escala global. (CHRISHOLM et al, 2007).

Em âmbito nacional, dados colhidos em equipes de saúde da família, estimam sua prevalência entre 30 e 50% na população adscrita nas equipes de saúde da família, variando de acordo com a região pesquisada e perfil sócio demográfico da população. (PEREIRA, 2012), (GONÇALVES, 2014). Nessa demanda, cabe salientar que a maioria constitui os chamados transtornos mentais comuns, que compreendem transtorno de depressão e ansiedade, principalmente em suas formas leves e moderadas e o abuso de medicações psicoativas, sobretudo benzodiazepínicos.

Proporemos, portanto, no trabalho a seguir, uma proposta de intervenção que objetiva, em parte, reduzir o gap terapêutico tão marcante, tanto em referências teóricas como em nossa prática cotidiana.

Seria impossível tratar do modelo da atenção praticado na Saúde mental sem antes situá-lo em uma perspectiva histórica de sua evolução. Temos, uma oposição dialética entre o modelo que se tenta substituir, dito hospitalocêntrico e biomédico, no qual, para cuidado do indivíduo com transtorno mental dever-se-ia, fundamentalmente despi-lo de sua identidade e sujeita-lo ou à autoridade do saber médico ou, em casos mais complexos, sujeita-lo (em vários sentidos), à hierarquia do *locus hospital psiquiátrico* e o novo modelo dito biopsicossocial, em rede, no qual busca-se a reinserção do indivíduo em seu meio, não em caráter de concessão, mas como restituição plena de sua cidadania. (AMARANTE, 1995)

Em relação à cartografia de seus fluxos também temos uma oposição evidente, o modelo hospitalocêntrico desenha seu fluxo, principalmente unidirecional, como em uma pirâmide, no qual o ápice da hierarquia, o hospital, ocupa o papel hegemônico de formador de saber e de captar e resolver os casos

mais complexos encaminhados da base (posto de saúde) (ROSALMEIDA E GALDINI, 2014). Em contrapartida, o funcionamento em rede pressupõe, segundo Castels: “a organização do serviço em unidades dotadas de autonomia, intensivas em tecnologia e informação, a fim de se superar o modelo hierarquizado hegemônico” (CASTELS 1999). Segundo Mendes, as principais vantagens das redes são a capacidade de absorver e produzir novos saberes e disseminá-los no corpo social, fortalecimento do vínculo, legitimação, enfim, o empoderamento, dos atores sociais envolvidos no processo de saúde e doença, tanto usuários, como profissionais. (MENDES, 2009)

Historicamente, a transição entre os modelos remonta à década de 1980, com a luta pela redemocratização do Brasil e o avanço do discurso acerca dos direitos humanos e da reintegração plena do indivíduo portador de transtorno mental ao corpo social. Os anos subsequentes foram de intensos debates e discussões acerca do tema, culminando, em 2001, na sanção da lei nº 1021618, que reafirma os direitos dos indivíduos portadores de doença mental e redireciona o modelo de atenção ao portador de doença mental. (FURTADO e CAMPOS, 2005)

À partir desse momento, houve a proposição formal de um dispositivo substitutivo ao hospital psiquiátrico: os CAPS (centro de apoio psicossocial). Inicialmente desenhado como um ponto de apoio para atendimento ao usuário de álcool e drogas. Com o crescimento da estratégia de ABS, o papel dos CAPS também se ampliou, passando a figurar na rede de atenção como ponto de apoio às demandas mais complexas em saúde mental advindas da ESF e paralelamente, por meio de matriciamento (atendimento *in loco*) e da troca de saberes, capacitar a equipe de saúde da família a gerir os casos de maior complexidade. Os CAPS atuavam sempre em âmbito regional, favorecendo a descentralização e a longitudinalidade no cuidado aos casos que outrora eram de competência exclusiva dos manicômios e casas de reabilitação. (CHIAVAGATTI et al, 2008)

Paralelamente, em 2008, propõe-se a criação dos NASF (núcleos de apoio à saúde da família), como dispositivos locais multiprofissionais, cuja finalidade principal seria de aumentar a penetrância das ações da ABS no corpo social e de fortalecer a longitudinalidade do cuidado. (BRASIL, 2008) Para este fim, a equipe do NASF devem obrigatoriamente ser composta por um profissional com formação em saúde mental e atuar preferencialmente por meio de grupos, atividades coletivas. Assim, objetiva-se o aumento da densidade da rede de cuidados no que se refere à

estrutura, historicamente insuficiente, para se lidar com o sujeito portador de sofrimento mental.

Atribui-se também aos NASF e CAPS a função de matriciamento, que, segundo Campos et al: “compreende um arranjo organizacional e metodologia de trabalho, fornecendo retaguarda assistencial e apoio técnico pedagógico às equipes de ESF.” O matriciamento ocorreria à partir da criação de espaços de troca entre as ESF, as diretrizes médicas sanitárias e as equipes de CAPS e NASF, compartilhando a responsabilidade e formação de saberes acerca da população adscrita, criando projetos terapêuticos singulares e propostas de intervenção. A equipe matricial, então, ficaria responsável por duas populações: os usuários e os profissionais da ESF. (FURTADO e CAMPOS 2005)

Porém, como demonstram vários autores, como Chivagati e Borsari, a transposição da teoria à prática é não se dá de maneira tão suave como inicialmente se almejava. Se, a palavra adotada nos modelos teóricos é matriciamento, cabe com muito mais adequação à nossa realidade atual a palavra orfandade: tanto os usuários, como os profissionais encontram-se órfãos do modelo antigo, dito hospitalocêntrico, o qual ainda não foi substituído pelo incipiente modelo matricial em muitas localidades (como aquela em que trabalho). Mesmo autores como Figueiredo e Campos ao escreverem sobre centros de referência (Campinas) em apoio matricial apontam esta realidade: “o que se observa é mais uma sobreposição de duas lógicas antagônicas e menos a substituição de uma pela outra.” Esta realidade também é verificada por outros autores, em outras localidades, que chegam à conclusões semelhantes. (FIGUEIREDO CAMPOS, 2009)

Segundo estes autores, coexistem em algumas unidades as propostas pedagógicas matriciais e os encaminhamentos de “casos de solução mais simples”, para os profissionais do saber psi. Muitas das práticas adotadas nos próprios CAPS são ainda restos atávicos do modelo hospitalocêntrico: como apontado por Chivagatti et al, (2008)

“A lógica dos encaminhamentos, muitas vezes, mascarados no sistema de referência e contra referência, gerou o que alguns autores sugerem chamar de “uma assistência partida”. [...], esta lógica tende à destituição de vínculo e à desresponsabilização [...] percebemos que ainda se encontra cristalizado um modelo calcado na fragmentação e burocratização nas formas de relacionamento entre os serviços de saúde, instituindo formas de se conceber e intervir nos equipamentos de saúde, repercutindo, deste

modo, na desresponsabilização em vez de corresponsabilização entre profissionais e serviços”.

Borsari aponta em seu trabalho, como caminho para solução destes problemas, a realização de dinâmicas de grupo e de espeços para troca de experiências entre os membros da equipe, a fim de resgatar sua autoconfiança e empoderá-los para lidar com as situações de sua prática. Esta autora deixa claro também que o envolvimento do gestores é crucial para êxito das transformações, para fornecer respaldo e um feedback de valorização do funcionário da ABS. Outro ponto a ser trabalhado, segundo a autora, é a responsabilização coletiva pelo trabalho: os diferentes atores sociais da ESF devem se articular nas suas práticas e saberes para lograr êxito na construção de um projeto terapêutico longitudinal para população adscrita. (BORSARI, 2013)

O deslocamento do protagonismo do cuidado da figura do médico para que este seja exercido pelo projeto terapêutico individual e por sua construção: neste novo paradigma o usuário assume responsabilidade pela seu tratamento, em detrimento da ótica tradicional que a solução passaria estritamente por um remédio, bem como a equipe também se imbuí da capacidade de intervir e solucionar demandas. Insere-se nessa lógica também, a prática do acolhimento, a fim de se direcionar e disseminar pela equipe de saúde a capacidade/responsabilidade pela resolução de demandas.

O êxito, no entanto, ainda se encontra distante de muitas realidades, como aquela em que o autor deste trabalho atua: profissionais da atenção básica sentem-se despreparados e desamparados para lidar com a demanda emergente em saúde mental, o acolhimento inexistente, os CAPS funcionam como hospitais que não internam doentes, mas que são acionados à base de encaminhamentos, o hospital psiquiátrico continua a existir como um *failproof device*: se tudo der errado, preenchemos, algo constrangidos, algo aliviados, um TFD (tratamento fora de domicílio) para um paciente esquizofrênico em surto ser internado no sanatório mais próximo.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após a descrição metodológica. Passaremos à identificação dos nós críticos e elaboração do plano de ação. Acerca do problema da atenção à saúde mental em Matutina identifica-se os seguintes nós críticos:

- Ausência de longitudinalidade do cuidado: pelo modelo de atenção no município se voltar praticamente de maneira exclusiva para a demanda espontânea, a avaliação permanente e dinâmica dos transtornos mentais fica comprometida: não é possível agendar retorno para adequação terapêutica, programar retirada escalonada de fármacos, avaliar resposta a medicação e efeitos colaterais.
- Sistema de confecção de receitas de medicamento contínuo: problema que é derivado, de certa maneira, do problema anterior: por se tratar de modelo de atenção voltado à condições agudas e demanda espontânea em detrimento do cuidado continuado, consultas de revisão se tornam muito difíceis e os pacientes que fazem uso de determinadas medicações as obtêm sem ter que passar por consulta, solicitando “renovação da receita” na recepção da Unidade.

São problemas também relacionados aos anteriores os hábitos e estilo de vida e as pressões sociais no município: por se tratar de cidade pequena, com menos de quatro mil habitantes, maioria com mais de 40 anos, os espaços de convivência, socialização e lazer são demasiado escassos (representados principalmente pelas missas aos domingos e por bares);

Outro ponto relevante, é que alguns usuários tomam determinada medicação, antidepressivos tricíclicos por exemplo, há mais de 10 anos na mesma dose e se recusam a abdicar dos mesmo pois “seu organismo já se acostumou”.

Ainda como ramificação desta situação, pode-se destacar a atuação das agentes de saúde e a cultura institucional vigente. Por ser um modelo de assistência extremamente sensível às pressões sociais, a marcação de consulta é utilizada pelas ACS como instrumento de barganha e aceitação junto aos usuários e não segue nenhuma diretriz cujo objetivo seja promoção de saúde.

Quanto aos processos de trabalho, destacam-se a ausência de um protocolo clínico e instrumentos de avaliação do transtorno mental, ausência de contra referência, e ausência de capacitação do pessoal envolvido nas redes de atenção.

Finalmente, destaca-se como outro nó crítico o pouco conhecimento sobre população adscrita. Por mais que perceba-se que há um problema na atenção à saúde mental, não se tem percepção nítida de sua extensão e de suas nuances: não há nenhum levantamento do número de indivíduos que fazem uso de substância para transtorno psiquiátrico, qual foi seu diagnóstico inicial, atualizações quando são feitas trocas nas medicações ou censo de consultas na UBS ou com especialista.

No que tange a análise da viabilidade do plano, trata-se do ponto mais crítico de toda ação a ser adotada no município, pois o interesse em manutenção do status quo e alta resistência às mudanças estão disseminados em vários atores importantes para execução de qualquer plano de mudança. Em relação à reorganização do modelo de atenção e às pressões sociais os atores com papel importante são os habitantes do município, cuja motivação é desfavorável (pois eles conseguem resolução de sua demanda por meio destes “circuitos facilitados”), a Secretária de Saúde e coordenadora da atenção básica, que dizem ser favoráveis à mudança do modelo de atenção, mas que ainda não tomaram nenhuma medida concreta para viabilizar esta mudança (já vem sendo reivindicada pelos médicos e enfermeira do PSF há mais de 1 ano). As estratégias para sensibilização destes atores, que inclusive já foram adotadas, sem êxito, são exposições sobre os novos paradigmas de atenção e do aumento da governabilidade e redução de despesas decorrentes da implementação destes.

Sobre a criação de espaços de convivência e oficinas, os atores envolvidos são a secretaria de obras e o prefeito, ambos se mostram desfavoráveis, pois segundo eles, no momento a prefeitura não dispõe de verbas para subsidiar estas ações. Como estratégia de argumentação pode ser citada a redução dos custos com morbidades e incapacidade no longo prazo.

Com relação à melhora da qualidade da atenção por meio de protocolos e linhas guia, os principais atores são os médicos e a Secretária de Saúde, neste caso a motivação de ambos os atores é favorável. Como estratégia para ratificação desta necessidade poder-se-ia citar o incremento na qualidade do cuidado.

Na capacitação das ACS e reorganização do agendamento e da característica de cuidado, os principais atores envolvidos são a Secretária de Saúde, que se diz

favorável à ideia de capacitar os funcionários e as próprias agentes, cujas motivações variam de indiferentes à desfavoráveis, sob alegação de que elas perderiam a confiança do usuário se a possibilidade de agendamento fosse tolhida por alguma diretriz do serviço. Para sensibilização destes atores pode-se mostrar o incremento nos indicadores obtidos à partir da adoção de protocolo, fornecer gratificações para aqueles que cumprirem metas e advertências verbais ou escritas àqueles que deliberadamente dificultarem o processo.

Por fim, segue o desenho do plano operativo:

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Profissional Responsável / Prazo de execução	Recursos necessários
Desconhecimento da equipe acerca da situação real do problema de saúde Mental da população adscrita na UBS	Recensear a população com enfoque no problema da saúde mental.	Conhecer em 100%, através de revisão de prontuários e VD orientadas os usuários de medicação psicotrópica, seus diagnósticos iniciais e tempo informado de tratamento	Uma das ACS ficaria responsável pela gestão deste plano e o mesmo deveria ser concluído em no máximo 2 meses, pois o resto do plano depende dele	Organizacional: para organizar as agentes em turnos para o levantamento sem comprometer suas atividades. Cognitivo: informar às agentes quais substâncias rastrear.
Modelo de Atenção voltado majoritariamente às condições agudas e demanda espontânea	Acompanhar Estruturar o serviço para melhor atender ao Usuário de Saúde Mental.	Garantir na agenda dois turnos de atendimento somente destinados à demanda agendada de usuários de saúde mental. Buscar ativamente e garantir assiduidade	Médico e recepcionista da UBS. Prazo de execução: 3 meses	Organizacional: Organizar agenda. Cognitivo: Capacitar ACS para agendar segundo as necessidades do indivíduo

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Profissional Responsável / Prazo de execução	Recursos necessários
		de cada usuário		
Capacitar ACS	Capacitar Capacitar as ACS para autuação em um novo modelo de atenção	Êxito no recenseamen to e na agenda para saúde mental	Enfermeira da UBS. Em um prazo de 2 meses	Cognitivo: materiais para capacitação
Confecção de receitas	Reavaliar O número de solicitação de renovação sem consulta ficaria limitado e somente usuários que já consultaram e com patologia controlada poderiam realizar esta solicitação	Instituição de um questionário controle na capa do prontuário individual para acompanham ento de cada usuário	Médico e enfermeira da UBS. Prazo de execução: 4 meses	Financeiro: Capital para confecção do questionário Cognitivo: capacitação dos funcionários para este modelo e dos usuários. Político: Apoio dos gestores ante a possíveis reclamações em etapa inicial de implantação
Redução do abuso de substancias e programa de retirada escalonada	Medicalizar menos Identificação dos usuários que utilizam medicação em quantidade superior à prescrita por meio do instrumento introduzido no item anterior	Redução em 50% nos usuários que realizam abuso de medicamento s. Retirada de fármacos psicotrópicos em 25% da população	Médico. Prazo de execução: 6 meses	Cognitivo: Conscientizar os usuários sobre abuso e efeitos colaterais de psicofármacos. Programar retirada escalonada de acordo com guidelines. Organizacional: organizar grupos e palestras entre os usuários
Ausencia de linhas guia	Cuidar melhor Desenvolvim ento e implantação	Melhora relatada em dos sintomas em 60% dos usuários de	Médico. Executada 2 meses após a conclusão do recenseamen	Cognitivo: pesquisa em referencias sobre os temas para confecção de

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Profissional Responsável / Prazo de execução	Recursos necessários
	de diretriz no serviço voltada para as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes	saúde mental do município. Redução em 40 % nas institucionalizações de indivíduos disfuncionais.	to da população	linhas guia
Ausência de espaços de convivência e do fortalecimento das relações individuais.	Conviver mais Com o apoio do NASF e do CRAS desenvolver oficinas e grupos para ocupação e socialização dos usuários	Implantação de oficinas semanais e adesão de 30% dos usuários	Psicóloga do NASF. Viabilização em 4 meses	Econômico: compra de insumos para oficinas e contratação de profissionais para ministrar conteúdos. Organizacional: integração Inter setorial para viabilizar grupos Político: disponibilização de espaços e divulgação.

Tabela 2: Desenho do plano de ação

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O aumento na prevalência de transtornos mentais e utilização e abuso de psicofármacos são fenômenos globais. Seu impacto social e físico aumentam na medida em que linhas de cuidado e acompanhamento longitudinal de usuários são negligenciados.

Estes pontos em que a rede de atenção falha e o sistema de saúde se cala se tornam *locus* em que as más práticas vicejam, quais sejam: auto medicação, lassidão das relações sociais, planos terapêuticos mal geridos, auto extermínios, etc.

Entendemos ainda, que a elaboração e implantação de qualquer plano de ação deve, necessariamente, partir do conhecimento pleno da população adscrita. A partir deste, que deve ser a pedra fundamental em qualquer intervenção em saúde da família, é que podemos edificar mudanças práticas, benéficas e duradouras em nossas comunidades.

Finalmente, destacamos que todos os atores sociais tem importância única para o êxito de qualquer plano de ações e somente à partir da soma de seus esforços é que pode resultar uma mudança positiva e duradoura para a saúde da comunidade.

REFERENCIAS:

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. DSM-IV: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 1996.

BRASIL; BRASIL. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. **Diário Oficial da União**, 2008.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 24/05/2015.

BRASIL. SIAB - Sistema de informação da Atenção básica, **Consolidação das famílias cadastradas do Ano de 2015**. Última atualização em 05/01/2016.

BORSARI, Danielle Araujo. Saúde Mental na Atenção Básica em município do interior do estado de São Paulo: a pesquisa-ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviços de atenção ao sofrimento psíquico. 2013. **Tese de Doutorado. Secretaria de Estado da Saude**. Coordenadoria de Recursos Humanos. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; DE FARIA, Horácio Pereira; DOS SANTOS, Max André. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2010.

CASTELLS, Manuel. A sociedade em Rede-A era da informação: economia, sociedade e cultura, Vol. 1. **São Paulo: Paz e Terra**, p. 17-49, 1999.

CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger et al. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. **Acta paul enferm**, v. 25, n. 1, p. 11-7, 2012.

CHRISHOLM D, FLISHER AJ, LUND C, PATEL V, SAXENA S, et al. **Scaling up services for mental disorders - a call for action**. Lancet. 2007; 370(9594):1241-52.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FURTADO, Juarez Pereira; ONOCKO CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Rev Latinoam Psicopatol Fundam**, v. 8, n. 1, p. 109-22, 2005.

GONÇALVES, Daniel Almeida et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic

factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014.

KLEINMANN A. **Global Mental Health: a failure of humanity** . Lancet. 2009;374(9690):603-4.

MAIA, Luciana Colares; DURANTE, Ariane MG; RAMOS, Luiz Roberto. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 650-656, 2004.

MARAGNO, Luciana et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1639-48, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, v. 549, 2011.

PEREIRA, Maria Odete et al. Profile of users of mental health services in the city of Lorena-São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 48-54, 2012.

ROSALMEIDA DANTAS, Clarissa; GALDINI RAIMUNDO ODA, Ana Maria. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, 2014.

SANTOS, Simone Agadir et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil Prevalence of mental disorders associated with suicide attempts treated at an emergency hospital. **Cad. saúde pública**, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, 2009.

SILVA, Vanessa Pereira et al. Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015.