



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Dyhony Carlos De Lima Lopes

Ações voltadas a fornecer uma atenção integral aos
usuários de saúde mental da unidade básica de saúde
Toríbio Veríssimo no município Cruz Alta - RS

Florianópolis, Março de 2023

Dyhony Carlos De Lima Lopes

Ações voltadas a fornecer uma atenção integral aos usuários de saúde mental da unidade básica de saúde Toríbio Veríssimo no município Cruz Alta - RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Diego Diz Ferreira
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Dyhony Carlos De Lima Lopes

Ações voltadas a fornecer uma atenção integral aos usuários de saúde mental da unidade básica de saúde Toríbio Veríssimo no município Cruz Alta - RS

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Diego Diz Ferreira
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Toríbio Veríssimo foi a primeira implantada no município de Cruz Alta – RS, que fica localizada no bairro Toríbio Veríssimo. Na unidade em que atuo conta com uma área de 3.865 pessoas para cobertura. O atendimento é realizado em toda sua maioria por demanda espontânea e em caso de muita demanda para atendimento no dia é realizado triagem e priorizado os casos de maior gravidade, os atendimentos agendados em sua maioria são para gestantes nas terças de manhã, puericulturas nas quartas de tarde 2 vezes na semana. No mês se tem uma média de atendimento de 85 paciente com algum problema psicológico, esse dado se soma aos que vem para avaliação de controle e retorno, se soma aos que tem que renovar receitas e se tem uma média de atendimento de 4,25 paciente por dia tomando em consideração os dias de atendimento na ESF de segunda a sexta. Dessa maneira esse projeto tem como objetivo desenvolver ações voltadas a fornecer uma atenção integral aos usuários de saúde mental da Unidade Básica de Saúde Toríbio Veríssimo. Esse projeto foi baseado na metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) por meio da definição dos principais agravos de saúde na comunidade; priorizando problemas; desenhando operações e ações efetivas. As ações visadas foram: **1º momento** – Iniciamos o projeto com um treinamento dos profissionais da equipe de saúde para que a equipe esteja capacitada para compreender e atender essa demanda, pois muitas vezes, esses usuários são incompreendidos afastando-os dos cuidados nas instituições de saúde; **2º momento** – Fazer um grupo de saúde mental na UBS; **3º momento** – Realizar um levantamento dos usuários de saúde mental na comunidade para acompanhamento mensal com médico e psicóloga da UBS. Espera-se com esse projeto de intervenção alcançar o máximo de usuários de saúde mental para realizar um acompanhamento efetivo focado no cuidado integral, humanizado e acolhedor ao usuário, para que o mesmo se sinta confortável para buscar ajuda com a equipe de saúde, realizando um controle sobre o tratamento iniciado e o retorno desse paciente para as consultas e grupos de apoio. Além disso, é esperado proporcionar uma reinserção desses indivíduos para convívio em sociedade e dessa forma afastar a assistência do cuidado ambulatorial, voltado a hospitalização e afastamento da pessoa do convívio social. Com a equipe capacitada, espera-se fornecer um acolhimento satisfatório, visitas domiciliares e consultas mais frequentes e qualificadas.

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

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde(UBS) Toríbio Veríssimo foi a primeira implantada no município de Cruz Alta –RS, que fica localizada no bairro Toríbio Veríssimo. O município consta com 20 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) todas composta por uma equipe completa. Na unidade em que atuo conta com uma área de 4.070 pessoas para cobertura, sendo composta por um médico, uma enfermeira, uma dentista. Uma nutricionista e uma psicóloga que vem realizar atendimento e acompanhamento semanalmente aos pacientes. Também contamos com dois técnicos de enfermagem, uma técnica em odontologia, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um recepcionista e uma faxineira.

Semanalmente realizamos reuniões com a equipe para discussão dos casos e para buscar melhor maneira de estar realizando atenção ao usuário. Em breve retornaremos com grupo de Hipertensão. Um dos principais fatores de vulnerabilidade da população é a parte socioeconômica, onde alguns carecem de recursos e algumas famílias que no ambiente de moradia constam com dois cômodos tendo aglomeração e má condições de higiene. Algumas dessas famílias não sabem ler ou escrever sendo um desafio e dificuldade de estar monitorando o uso de medicamentos em especial as de uso contínuo.

Todas famílias do bairro tem acesso a água potável e rede de saneamento de esgoto, porém outro fator que implica na vulnerabilidade das famílias são as questões de armazenamento de água, algumas não possuem um filtro adequado ou recipiente com tampa ficando exposto a recipientes abertos podendo ter a contaminação dessa água.

Existe um fator de dificuldade na região do bairro, não só no bairro, mas também no município que é a questão de ruas que não são pavimentadas adequadamente nas regiões mais afastada dos centro sendo de difícil acesso a pessoas com certas limitações em especial aquelas com limitações físicas.

As visitas domiciliares são realizadas semanalmente todas as quartas no período da tarde, no momento estamos tendo uma certa dificuldade em estar realizando semanalmente pela questão de disponibilidade de carro, mas as visitas estão sendo atualmente a cada duas semanas. No momento não estão sendo realizado Programa Saúde na Escola (PSE).

O atendimento é realizado em toda sua maioria por demanda espontânea e em caso de muita demanda para atendimento no dia é realizado triagem e priorizado os casos de maior gravidade, os atendimentos agendados em sua maioria são para gestantes nas terças de manhã, puericulturas nas quartas de tarde 2 vezes na semana.

Em relação a ocupação dos trabalhadores, existem partes deles que trabalham de maneira informal e autônomas, algumas como faxineiras, construtor, mecânicos. Outra

parte da população trabalha de maneira assalariada com carteira de trabalho assinada. A maioria da população na comunidade tem como renda uma única fonte de provimento a maioria sendo um salário mínimo, dentre esses tem uma parte onde trabalha o homem e a mulher tendo como fonte de renda dois provedores.

Existe na comunidade 2 creches para ajudar no cuidado e educação das crianças e outra escola de nível básico até a conclusão do ensino médio. Além disso, o bairro conta com igrejas em diversas religiões sendo católicas, evangélica, adventista, entre outras. A população local não possui muitos meios de convívio social, carece de por exemplo de praças para interação e atividades comunitárias, para jogos, atividades físicas e reunião entre amigos.

Através do programa municipal SIMUS foi feito um levantamento e a média de prescrições com medicamentos controladas é de 121 receita emitida no mês, tendo como média de 6 receitas emitidas por dia, tomando em consideração os dias de atendimento na ESF desegunda a sexta-feira.

No mês se tem uma média de atendimento de 85 paciente com algum problema psicológico, esse dado se soma aos que vem para avaliação de controle e retorno, se soma aos que tem que renovar receitas e se tem uma média de atendimento de 4,25 paciente por dia tomando em consideração os dias de atendimento na ESF de segunda a sexta.

1.1 Problema

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no município de Cruz Alta - RS no último censo de 2019, consta com uma população de 60.299 pessoas, e de acordo com os dados cadastrado pela secretaria de saúde através do mapeamento por área a população territorial a qual atuou na atenção primária o número total de população da área é de 4070 pessoas. A distribuição da população por faixa etária de crianças de 0 a 12 anos é de 697; 223 são adolescentes de 13 a 17 anos; 2317 é a população de adultos de 18 a 59 anos e 675 idosos de 60 a 125 anos ([ESTATÍSTICA, 2020](#))

Os dados foram coletados através do sistema municipal de saúde (SIMUS) onde foi identificado que o coeficiente de natalidade é de 14,27 nascidos vivos para cada 1.000 nascidos vivos. A taxa de mortalidade geral da população é de 8,81 óbitos por cada 1000 habitantes. A taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis de janeiro a abril de 2019 é de 35 óbitos associados a doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias, com uma pactuação anual de 135 casos de óbitos. Sendo essas, as principais causas de óbito e adoecimento da população no município, reduzindo a expectativa e a qualidade devida dos indivíduos.

A prevalência de HAS sendo de 614 casos registrados do total da população territorial. Para todos os casos de HIV identificados como suspeita na região de janeiro de 2018 a janeiro de 2019 não obteve casos confirmados. A incidência de diabetes em idosos na população territorial é de 93 idosos com idade acima de 60 anos. A cobertura vacinal de

rotina de crianças menores de 1 ano selecionados da CNV de janeiro a abril é de 75%, cobertura vacinal da pentavalente é de 91,30%, poliomielite 91,30%, pneumocócica de 90,25%, tríplice viral de 134%. A proporção de nascidos vivos com baixo peso de 500gr a 2499 gr é de 87 nascidos vivos com baixo peso. As 5 queixas mais comuns que fizeram as mães de crianças menores de 1 ano procurar a unidade de saúde da ESF - Toríbio Veríssimo foram dor de tosse, dor de garganta, febre, diarreia, vômito. A prevalência de gestantes que a unidade de saúde conseguiu captar desde março até julho de 2019 é de 28 gestantes na unidade. Além das doenças mencionadas nas atividades, tem outras que ocorrem na comunidade, como é o caso da sífilis e pneumonia adquirida, especialmente nessa época do ano onde constantemente se tem mudança de clima e temperatura muito rápida e brusca.

Com base nos dados coletados se pode evidenciar que o perfil epidemiológico populacional territorial abrange uma alta prevalência de doenças crônicas, sendo HAS e DM que mesmo com orientações vem aumentando. Dentre esses grupos ocorre frequentemente agravos decorrentes ao não tratamento e controle adequado, como as patologias cardiovasculares, que são a principal causa de mortalidade populacional no Brasil, sendo a HAS e DM seu principal fator de risco.

Os dados das ACS são totalmente diferentes dos que tem no sistema. Na ESF ninguém usa esses dados para realizar qualquer tipo de ação. No entanto, estamos tentando mudar essa realidade para poder atuar de maneira mais efetiva e assim poder ajudar a população. Cobrando atualização do banco de dados e assim facilitar a coleta de informações.

Além dos dados apontados, temos uma grande demanda por atendimento em saúde mental, as principais patologias encontradas são a depressão e ansiedade que causam grande impacto em todas as faixas etárias. Essas patologias têm grande impacto na vida econômica e social, pois muitos indivíduos acabam perdendo seus empregos e se fecham para o convívio em sociedade, causando impacto negativo nas famílias e na qualidade de vida delas.

Como não contamos com ações voltadas a esses usuários na UBS, ocorre que eles não tem o acompanhamento necessário e adequado. Além disso, a equipe apesar do esforço não tem a capacitação para lidar com essas patologias que são complexas e vem aumentando sua prevalência. Isso faz com que os agravos aumentem e essa parte da comunidade adoça sem a assistência humanizada e integralizada.

1.2 Justificativa

Considerando a existência de profissionais sem treinamento no quesito saúde mental na atenção primária e a alta prevalência de pacientes que procuram ajuda para resolver estes transtornos mentais, observa-se que este problema de saúde passa despercebido pelos profissionais, muitas vezes estes problemas não são identificados nem tratados de forma adequada. Outra problemática é a não aceitação do transtorno mental por parte do paciente e às vezes da família, o que implica no acompanhamento inadequado e algumas

vezes no fracasso no tratamento.

Após identificadas as principais patologias e agravos que acometem a população do território demográfico; epidemiológico; sócio ambiental e suas vulnerabilidades, pretende-se propor ações estratégicas e medidas para fortalecer a atenção a saúde mental. A ESF foi criada visando proporcionar a desburocratização do atendimento, por meio da atenção integral e contínua a todos os membros da família, instituindo assim um modelo de assistência que visa à promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011)

Nas últimas décadas ocorreram várias transformações no cuidado em saúde, principalmente no tocante aos cuidados relacionados à saúde mental. As transformações, trazidas pela reforma psiquiátrica, em curso no país, favoreceram as várias modificações no modelo de atenção em saúde mental, que priorizam ações voltadas para a inclusão social, cidadania e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais (GAZIGNATO; SILVA, 2014)

A atenção básica se mostra como uma ferramenta importante como porta de entrada aos serviços de saúde, nesse sentido deve constituir uma resposta ao sofrimento do paciente que procura atendimento. A integralidade está presente na conversa, nas atitudes do profissional em procurar reconhecer além das demandas explícitas. A integralidade também está presente na preocupação com a prevenção de doenças, não somente com as já instaladas, e assim, buscar expandir o consumo de bens e serviços de saúde (ANTONACCI; PINHO, 2011)

Os transtornos mentais são muito prevalentes na comunidade e causam grande impacto na qualidade de vida das famílias. Existem diversas patologias ou transtornos mentais, sendo os mais prevalentes associados a depressão, consumo de álcool e/ou drogas e ansiedade.

Os transtornos podem ser leves ou mais graves, no entanto, acredita-se que através da assistência adequada é possível que esses usuários possam ter uma vida familiar, pessoal e social ativa, justificando, portanto, estudos que visem proporcionar a esses indivíduos o bem-estar, o tratamento e acompanhamento, especialmente na atenção básica, onde se busca a criação do vínculo e a humanização do cuidado, retirando o modelo tradicional de assistência à saúde mental que é voltada a hospitalização, pretendemos inserir esses indivíduos para o convívio em sociedade.

Além disso, sabe-se dos impactos negativos de ter um indivíduo com transtornos mentais no convívio familiar, por isso, devemos sempre buscar pôr a família como centro do cuidado.

Nesse contexto, deve-se abranger a assistência aos cuidadores e familiares que muitas vezes são deixados de lado e acabam adoecendo (ANTONACCI; PINHO, 2011); (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011); (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

2 Objetivos

2.1 **Objetivo Geral**

Desenvolver ações voltadas a fornecer uma atenção integral aos usuários de saúde mental da Unidade Básica de Saúde Toríbio Veríssimo.

2.2 **Objetivos Específicos**

- Qualificar a assistência à saúde mental na comunidade;
- Desenvolver ações de acompanhamento;
- Criar atividades de promoção de saúde e prevenção de transtornos mentais.

3 Revisão da Literatura

Saúde mental na APS

As patologias mentais são condições cerebrais que afetam o pensamento, as emoções e os comportamentos. Para os indivíduos que sofrem de transtornos mentais, seus cérebros sofrem alterações de uma maneira em que são incapazes de pensar, sentir ou agir da maneira que desejam. Para alguns, isso significa experimentar mudanças extremas e inesperadas no humor – como o sentimento de tristeza ou preocupação além do normal ((FRATESCHI; CARDOSO, 2016)

Para outros, significa não ser capaz de pensar com clareza ou de se comunicar com alguém que está conversando. Existem mais de 200 formas classificadas de transtornos mentais. Alguns dos distúrbios mais comuns são depressão, transtorno bipolar, demência, esquizofrenia e transtornos de ansiedade. Os sintomas podem incluir alterações de humor, personalidade, hábitos pessoais e/ou retraimento social).(FRATESCHI; CARDOSO, 2016)

Os transtornos de saúde mental podem estar relacionados ao estresse excessivo devido a uma situação específica ou a uma série de eventos. Como no câncer, diabetes e doenças cardíacas, as doenças mentais são muitas vezes físicas, emocionais e psicológicas, podendo ser causadas por uma reação a estresses ambientais, fatores genéticos, desequilíbrios bioquímicos ou uma combinação deles. Com os devidos cuidados e tratamento, muitas pessoas aprendem a lidar ou se recuperar de um transtorno mental (DUTRA; OLIVEIRA, 2015)

A saúde mental inclui nosso bem-estar emocional, psicológico e social. Afeta como pensamos, sentimos e agimos ao lidar com a vida. Também ajuda a determinar como lidamos com o estresse, nos relacionamos com os outros e fazemos escolhas. A saúde mental é importante em todas as fases da vida, desde a infância e a adolescência até a idade adulta e o envelhecimento (DUTRA; OLIVEIRA, 2015)

Por muitos anos, o atendimento a pessoa com doença mental no Brasil esteve associado ao modelo hospitalar, cujo tratamento era limitado a internações prolongadas, e assim afastando consequentemente o doente do seu âmbito familiar e social. Com a superação dos hospícios, foi possível compor uma assistência integral e resolutiva. Atualmente, tenta-se buscar a abrangência das famílias, conhecendo suas reais necessidades e criando um vínculo com as mesmas, afim de evitar o abandono das pessoas nas ruas ou por seus familiares e dessa forma proporcionar um efetivo acompanhamento do sujeito em sua existência e em relação às suas condições de vida (TÓFOLI; FORTES, 2007)

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo principal, remodelar a prática da atenção à saúde e suceder o modelo de atendimento tradicional, levando a saúde para perto da família. No programa, os sujeitos podem por exemplo,

participar de encontros nos espaços de saúde e receber visitas domiciliares dos profissionais de saúde, com o enfoque no ser humano como um todo, não somente na sua patologia .(MINOZZO; COSTA, 2013)

A necessidade de abordar problemas de saúde mental e dependências é clara e apoiada por dados epidemiológicos, evidências de melhores práticas e apelos internos e comunitários à ação. A promoção da saúde mental é fundamental para reduzir a carga desses transtornos, incluindo as implicações pessoais e econômicas significativas. A Saúde Pública desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental por meio de parcerias e programas existentes, tendo o potencial de melhorar os resultados gerais de saúde para as diversas comunidades (SOUSA et al., 2011)

Como a ESF visa não somente o tratamento da doença, e assim afastar o modelo médico tradicional de assistência, é importante que na APS os usuários tenham acesso a ações baseadas nos valores da equidade em saúde, proteção da saúde mental, promoção da saúde mental e detecção precoce de problemas de saúde mental durante toda a vida (MINOZZO; COSTA, 2013)

Com a superação dos hospícios, foi possível compor uma assistência integral e resolutive para pacientes com transtornos mentais. Atualmente, tenta-se buscar a abrangência das famílias nesse cuidado, conhecendo suas reais necessidades e criando um vínculo com as mesmas, afim de evitar o abandono das pessoas nas ruas ou por seus familiares com e assim a proporcionar um efetivo acompanhamento do sujeito em sua existência e em relação às suas condições de vida ((AMARANTE, 2007)

As estratégias formuladas trouxeram um novo significado para as práticas e para os serviços de saúde, nesse modelo é possível inserir o Programa de estratégia saúde da família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Esse programa foi lançado em junho de 1991 e tem como objetivo principal, remodelar a prática da atenção à saúde e suceder o modelo de atendimento tradicional, levando a saúde para perto da família. Neste, os sujeitos podem por exemplo, participar de encontros nos espaços de saúde e receber visitas domiciliares dos profissionais de saúde, com o enfoque no ser humano como um todo, não somente na sua patologia .(COIMBRA, 2003)

Devido a uma das propostas do programa estarem relacionadas a humanização da assistência à comunidade, foram introduzidos um conjunto de marcos legislativos do Sistema Único de Saúde –Constituição Federal (1988), Leis 8080/1990 e 8142/1990, Lei Federal 10.216/ 2001, onde possibilitou e estabeleceu-se diretrizes para uma assistência à saúde mental centrada em recursos comunitários e em um atendimento além do hospitalar, ou seja, preconiza a desinstitucionalização, além de garantir os direitos dos sujeitos acometidos por transtornos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido e consagrado com a Constituição de 1988, que teve como teorias norteadoras a democratização nas ações e nos serviços de saúde, deixando assim de ser restritos e passam a ser universais. Essa nova institucionalidade

da saúde constitui um sistema único organizado, descentralizado, com direção única em todas as esferas do governo, fornecendo um atendimento integral e com a participação popular (GOMES; PINHEIRO, 2005)

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: a integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante aos pacientes e a comunidade que os profissionais estão inseridos, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade desses profissionais com os usuários e com a comunidade. O desafio proposto é o de ampliar as fronteiras de atuação, visando assim uma maior resolubilidade da atenção, onde a saúde da família é colocada como estratégia principal e que deverá sempre se integrar ao contexto de reorganização do sistema de saúde (COELHO, 2010)

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, deve-se priorizar a tecnologia leve como instrumento de atingir a integralidade e a humanização do cuidado. Essa prática é relacionada com o acolhimento do paciente, no diálogo, no vínculo, na corresponsabilidade e na escuta ativa entre o profissional e o usuário dos serviços de saúde. Isso porque a integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no concernente à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção (GOMES; PINHEIRO, 2005)

Segundo uma estimativa do Ministério da Saúde (2008), 3% da população brasileira, ou seja, 5 milhões de pessoas necessitam de cuidados contínuos devido a transtornos mentais severos e persistentes, e mais 9%, totalizando 12% da população do país – 20 milhões de pessoas, precisam de atendimento eventual devido a transtornos menos graves. Quanto a transtornos causados pelo uso de álcool ou outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas. Estima-se ainda, que os transtornos mentais serão a segunda causa de adoecimento da população em 2020.(ESTATÍSTICA, 2020)

Também é possível encontrar dados que apontam que as queixas psiquiátricas são a segunda maior causa de procura por atendimento na atenção básica pela população, sendo as queixas mais presentes são à depressão, a ansiedade, fobias e o alcoolismo (BRASIL, 2008).

A realidade apresentada, mostra que os serviços de saúde mental existentes atualmente, vem se dedicando a desinstitucionalização dos pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves e às crises. Porém, uma grande parte de pessoas com sofrimento psíquico menos grave continuam sendo objeto de estudo e trabalho em ambulatórios e da atenção básica. Desse modo, as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento (COELHO, 2010)

Reforma psiquiátrica

A reforma psiquiátrica foi um movimento histórico no Brasil, com caráter político, social e econômico, foi influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental. A reforma psiquiátrica é a consequência de uma luta social que dura a muitos anos e continua em constante construção. Trata-se de uma transformação do atendimento público aos pacientes em saúde mental, o que proporciona o acesso da população aos serviços e o respeito aos direitos e liberdade desse grupo. Busca-se constantemente uma mudança no modelo de tratamento tradicional, recusando o modelo de isolamento e apoiando o convívio com a família e com a comunidade. Dessa maneira é feito o atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de convivência. Há uma tendência que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos e deixem de existir com o passar dos anos (HIRDES, 2009)

Com as ações voltadas para a reforma psiquiátrica, alguns dos objetivos começaram a ser alcançados, como pode ser observado a redução no número de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com um histórico longo de internação. As propostas da reforma psiquiátrica tornaram-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganhou movimentação em 2002 com uma série de normatização do Ministério da Saúde. (HIRDES, 2009)

Os marcos a serem destacados, é em relação ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, onde é possível verificar que existiam mais de 100.000 leitos em 313 hospitais no início dos anos 80; em 2006 esse número reduziu para 44.067 cadastrados no SUS, em 231 hospitais. Em 2009 o número baixou para 35,426 e o número de hospitais foi para 208. Esses dados demonstram a redução em mais da metade dos leitos e a que ainda continua em constante redução até os dias atuais (MINAS GERAIS, 2006). Já em relação a implantação de meios substitutos, em 1996 havia 154 CAPS cadastrados no Ministério da Saúde; em 2006 eram 612 e em 2010 a quantidade era de 1513 CAPS no Brasil. (COELHO, 2010)

É importante ressaltar que o conceito que é defendido pela reforma, não se restringe a substituição do hospital e sim que haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade. Nos últimos anos o modelo de atenção vem consistindo em um modelo aberto e de base comunitária, transformando os conceitos históricos que eram centrados na referência hospitalar. Porém ainda se tem muito a evoluir nesse sistema e ainda é considerado em fase inicial de implantação (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

O objetivo é resgatar a particularidade de cada usuário, nesse contexto, tenta-se romper com o conceito de que a doença é a identidade do doente e a medicação é o único meio de tratamento para a sua melhora. Para o atendimento voltado a esses pacientes, o profissional participa de reuniões de planejamento das equipes de ESF, realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico,

além de participar de iniciativas de capacitação. Tanto o profissional, quanto a equipe são os responsáveis pelos casos, eles promovem discussões conjuntas e intervenções junto às famílias e comunidades .(BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008)

2.3 Matriciamento em saúde mental

A saúde mental na APS vem sendo um tema muito abordado atualmente no Brasil, assim como foi em outros países que reformaram seus modelos sanitários tendo como base cuidados primários universais, como o Canadá, a Espanha e, em especial, o Reino Unido, desde a década de 60 vem discutindo e desenvolvendo estratégias nessa área. Sabe-se que a incidência mundial e nacional de transtornos mentais na atenção primária é importante, podendo chegar a um terço da demanda. Se for analisado a presença de sofrimento difuso com sintomas psiquiátricos subsindrômicos, este índice pode ultrapassar os 50% (TÓFOLI; FORTES, 2007)

O Ministério da Saúde, por meio do projeto de Humanização do SUS, sugere a concepção de clínica ampliada e o termo equipe de referência, incorporando atenção básica e saúde mental, apontando o trabalho a ser realizado nesse processo de oportunizar o acesso à saúde e a qualificação dos cuidados (BRASIL, 2004).

Neste contexto, a Política de Saúde Mental (2003) e a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2004) tem como prioridade o AM como uma forma de intervir junto com a Atenção Básica, guiado pelo conhecimento de território, intersetorialidade, integralidade, levando em consideração as ações realizadas pelo princípio de responsabilidade compartilhada entre a equipe de referência e serviços especializados, e o estabelecimento da continuidade na atenção em saúde.

Objetivando auxiliar na confrontação de um modelo de atenção burocratizado e centrado na doença, é apontado o AM como um método de organização da assistência em saúde, as atividades devem complementar aos sistemas de referência e contrarreferência e às centrais de regulação da atenção especializada. Sendo assim, o AM se mostra como uma alteração radical na conduta do especialista, recomendando comece a ter um comportamento de dialógico e horizontal com os outros profissionais da rede de saúde (BONFIM et al., 2013).(BONFIM et al., 2013a)

O AM tem como objetivo ofertar suporte assistencial e técnico-pedagógico, pelo especialista, para equipes interdisciplinares que trabalhem como equipes de referência. Essas equipes de referência buscam aumentar a probabilidade de construção de vínculo entre profissionais e usuários e fortalecer o poder de gestão da equipe interdisciplinar .(CAMPOS; DOMITTI, 2007)

O apoiador matricial é um profissional especializado em alguma área de conhecimento (saúde mental, educação física, nutrição, fisioterapia etc.) sendo sua área diferente da da área de conhecimento da equipe de referência, portanto, o mesmo pode auxiliar esses profissionais com algumas informações e intervenções voltadas para auxiliar na ampliação da resolutividade das ações dessa equipe .(BONFIM et al., 2013b)

O conhecimento do AM reestrutura a assistência à saúde mental a partir da rede básica, mudando a forma de tratar o sofrimento psíquico na atenção básica, assim como promovendo a integração da rede. Pode-se dizer então, que o AM se constitui como um suporte técnico especializado que é oferecido a uma equipe interdisciplinar de saúde objetivando aumentar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Podendo ser feito por profissionais especializados de varios campos de atuação .(FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009)

Quando inserido na ESF, o AM compõe-se de equipes especializadas de apoio que interagem com as equipes da ESF. Entre as atividades executadas pelas equipes de apoio matricial, estão consultorias técnico-pedagógicas, atendimentos conjuntos, e atividades assistenciais específicas, devendo ser sempre conversado junto com a equipe de referência e, como uma regra geral, coletivas. A assistência individual pode ser realizada também, desde que, de preferência, seja temporalmente limitada (TÓFOLI; FORTES, 2007)

A maneira de determinação das equipes matriciais é flexível. Sendo definido os profissionais que irão compor a equipe de acordo com as particularidades locais. Ainda, a própria composição profissional das equipes pode ter diversas combinações, com ou sem médicos especialistas e uma gama de profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas etc. Claramente, ainda existem diversas questões que precisam ser respondidas em relação ao AM, sua efetividade, a composição ideal do matriciamento, o tipo de interação inter- e intraequipes, entre outras (TÓFOLI; FORTES, 2007)

O apoio matricial em saúde mental na Atenção Básica envolve uma importante articulação que deve ser realizada entre os CAPSs e as equipes de Saúde da Família (JORGE et al., 2013)

4 Metodologia

Esse projeto foi baseado na metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) por meio da definição dos principais agravos de saúde na comunidade; priorizando problemas; desenhando operações e ações efetivas.

Essa metodologia auxilia para a consolidação da dinâmica dos processos de trabalho, como ferramenta essencial para otimizar recursos, no exercício da convivência e no fortalecimento dos vínculos na ESF.

Para isso, através de uma reunião da equipe pudemos avaliar os problemas de saúde mais encontrados na região e suas prioridades. Em equipe foi decidido o problema central e como seria enfrentado pelo Projeto de Intervenção.

Para compreender sobre o assunto e verificar ações já realizadas que tiveram bons resultados no âmbito da ESF, foi utilizado a revisão de literatura nas bases de dados Scielo; uma-sus; lilacs e medline. Foram inseridos trabalhos completos, disponíveis, nacionais e internacionais que abordassem a saúde mental.

As ações visadas foram:

1º momento – Iniciamos o projeto com um treinamento dos profissionais da equipe de saúde para que a equipe esteja capacitada para compreender e atender essa demanda, pois muitas vezes, esses usuários são incompreendidos afastando-os dos cuidados nas instituições de saúde.

Metas: equipe 100% capacitada para compreender esses usuários e fornecer a assistência e acompanhamento adequado e humanizado.

Custos: sem custos.

Recursos pessoais e materiais necessários: Tempo da equipe para participar do treinamento

Período de realização: janeiro/2021 a janeiro/2022.

Responsável: Médico e gestora da UBS.

2º momento – Fazer um grupo de saúde mental na UBS.

Meta: Criar um grupo quinzenal para que os usuários de saúde mental tenham acompanhamento e dessa forma possam interagir entre si, trocar vivências, além disso, é uma maneira eficiente para serem reinseridos para conviver em sociedade.

Custos: sem custos.

Recursos pessoais e materiais necessários: Tempo da equipe para realizar as reuniões.

Período de realização: janeiro/2021 a janeiro/2022.

Responsável: Enfermeira e psicóloga.

3º momento – Realizar um levantamento dos usuários de saúde mental na comunidade para acompanhamento mensal com médico e psicóloga da UBS.

Meta: Conhecendo a real quantidade de usuários com transtornos mentais é possível fazer um acompanhamento mais efetivo dos mesmos. Com o levantamento e cadastramento na UBS poderemos acompanhar os pacientes quanto a seus retornos, medicações e aqueles sem consulta a mais de 6 meses e assim realizar a busca ativa dos mesmos.

Custos: sem custos.

Recursos pessoais e materiais necessários: Tempo da equipe para realizar o levantamento, busca ativa e acompanhamento.

Período de realização: janeiro/2021 a janeiro/2022.

Responsável: Médico, ACS e psicóloga.

5 Resultados Esperados

Espera-se com esse projeto de intervenção alcançar o máximo de usuários de saúde mental para realizar um acompanhamento efetivo focado no cuidado integral, humanizado e acolhedor ao usuário, para que o mesmo se sinta confortável para buscar ajuda com a equipe de saúde, realizando um controle sobre o tratamento iniciado e o retorno desse paciente para as consultas e grupos de apoio

Além disso, é esperado proporcionar uma reinserção desses indivíduos para conviver em sociedade e dessa forma afastar a assistência do cuidado ambulatorial, voltado a hospitalização e afastamento da pessoa do convívio social.

Com a equipe capacitada, espera-se fornecer um acolhimento satisfatório, visitas domiciliares e consultas mais frequentes e qualificadas. Outro fator importante é fornecer uma educação permanente e continuada a esses profissionais.

A família/cuidadores do paciente também devem ser acolhidos e acompanhados, visto que, o objetivo da ESF é fornecer o cuidado a comunitário, colocando a família como ponto central da assistência, pois muitas vezes, esses indivíduos são deixados de lado e acabam adoecendo e não tendo o cuidado adequado a saúde.

Referências

- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. São Paulo: FIOCRUZ, 2007. Citado na página 16.
- ANTONACCI, M. H.; PINHO, L. B. de. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 32, n. 1, p. 136–142, 2011. Citado na página 12.
- BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 11, n. 1, p. 21–28, 2008. Citado na página 18.
- BONFIM, I. G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*, v. 45, n. 17, p. 287–300, 2013. Citado na página 19.
- BONFIM, I. G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface: comunicação saúde educação*, v. 45, n. 17, p. 287–300, 2013. Citado na página 19.
- CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007. Citado na página 19.
- COELHO, V. F. Acolhimento em saúde mental na unidade básica. Belo Horizonte, n. 31, 2010. Curso de Curso de Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Cap. 1. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- COIMBRA, V. C. C. O acolhimento no centro de atenção psicossocial. Ribeirão Preto - SP, n. 190, 2003. Curso de - Curso de Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo. Cap. 1. Citado na página 16.
- CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. de A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, p. 1501–1506, 2011. Citado na página 12.
- DUTRA, V. F. D.; OLIVEIRA, R. M. P. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Universidad de la Sabana*, v. 15, n. 4, p. 529–540, 2015. Citado na página 15.
- ESTATÍSTICA, I. I. B. D. G. E. *Brasil, Rio Grande do Sul, Cruz Alta censo 2019*. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/cruz-alta/panorama>>. Acesso em: 19 Abr. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 17.
- FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de campinas: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e saúde coletiva*, v. 14, n. 1, p. 129–138, 2009. Citado na página 20.
- FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. *Psico*, v. 47, n. 2, p. 159–170, 2016. Citado na página 15.

- GAZIGNATO, E. C. da S.; SILVA, C. R. de Castro e. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na estratégia de saúde da família. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 101, p. 296–304, 2014. Citado na página 12.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos: Interface - comunicação, saúde, educação. *FapUNIFESP (SciELO)*., v. 9, n. 17, p. 287–301, 2005. Citado na página 17.
- HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 297–305, 2009. Citado na página 18.
- JORGE, M. S. B. et al. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 5, p. 738–744, 2013. Citado na página 20.
- MINAS GERAIS. Atenção em saúde mental. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, n. 1, 2006. Citado na página 18.
- MINOZZO, F.; COSTA, I. I. da. Apoio matricial em saúde mental entre caps e saúde da família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*, v. 18, n. 1, p. 151–159, 2013. Citado na página 16.
- SOUSA, F. S. P. de et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 4, n. 21, p. 1579–1599, 2011. Citado na página 16.
- TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: O relato de uma experiência. *Revista de Políticas Públicas (Sanare)*, v. 6, n. 2, p. 34–42, 2007. Citado 3 vezes nas páginas 15, 19 e 20.