



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

Rúbia Tabata Rigatti

Melhoria da saúde mental em uma Unidade Básica de Saúde

Florianópolis, Março de 2023

Rúbia Tabata Rigatti

Melhoria da saúde mental em uma Unidade Básica de Saúde

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: Greici Capellari Fabrizzio
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Rúbia Tabata Rigatti

Melhoria da saúde mental em uma Unidade Básica de Saúde

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

Greici Capellari Fabrizio
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: Trabalho em uma cidade do interior de Santa Catarina, no meio oeste do estado, uma cidade pequena de 19 mil habitantes, na qual a maior parte da população vive em área rural. A comunidade que eu trabalho situa-se no interior do município, um assentamento que se chama José Maria, um dos maiores da cidade. Minha comunidade engloba um total de 1680 pessoas. Temos uma grande procura pelo serviço de saúde por parte da comunidade, dificilmente os pacientes fazem consultas, procedimentos ou cirurgias particulares, a grande maioria utiliza o SUS. Temos um alto índice de pacientes em tratamento para transtornos ansiosos e depressivos, diabetes e hipertensão, que acredito serem os agravos mais comuns. Devido à grande demanda que temos em relação à saúde mental, acredito este ser um problema passível de intervenção por ser um tema relevante para a população da comunidade. **Objetivos:** Diminuir a prevalência de doença mental dentro da população e aumentar a conscientização sobre as medicações, seus benefícios e malefícios. **Metodologia:** O presente trabalho possui natureza bibliográfica e terá impactos de ordem prática na minha atuação como médica da comunidade do assentamento José Maria. A técnica central utilizada foi a análise documental, consistente na análise de livros, sites, leis e artigos científicos. Tendo em mente o perfil da comunidade em que atuo, pretendo não apenas difundir a ideia de que há outras práticas para aliviar sintomas de saúde mental além do medicamento, mas também conscientizar a população a fim de prevenir uso e descontinuidade dos medicamentos por conta própria. Além disso, creio que é importante falar sobre descarte consciente de medicamentos. Pretendo atingir este objetivo através de palestras de conscientização voltadas aos diversos públicos da comunidade. **Resultados esperados:** Os resultados esperados do presente trabalho subdividem-se em dois grandes grupos: a minha atuação como profissional da saúde e a melhoria da saúde mental comunitária. Quanto a este último, espera-se que ocorra em três etapas: adesão à palestra estabelecida na metodologia; construção conjunta de conhecimento sobre saúde mental e aplicação prática o que foi aprendido no evento. Quanto aos resultados que dizem respeito à comunidade, pretendo colocar em prática o projeto estabelecido na metodologia, que consiste em três palestras sobre saúde mental, cada uma para um público-alvo específico do assentamento José Maria em Abelardo Luz – SC: mulheres, homens e crianças.

Palavras-chave: Antidepressivos, Assistência à Saúde Mental, Depressão, Saúde Mental, Transtornos de Ansiedade

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Trabalho em uma cidade do interior de Santa Catarina, no meio oeste do estado, uma cidade pequena de 19 mil habitantes, na qual a maior parte da população vive em área rural. A comunidade que eu trabalho situa-se no interior do município, um assentamento que se chama José Maria, um dos maiores da cidade. Minha comunidade engloba um total de 1680 pessoas. Destas, 296 são crianças, 215 adolescentes, 934 adultos e 235 idosos. Estes dados vêm dos sistemas de informação do município. Destas, a grande maioria vive da agricultura e da pecuária. Algumas poucas pessoas trabalham na cidade e vão e voltam todos os dias, normalmente são os adultos jovens. Possuímos dentro dela uma quantidade grande de pessoas que vivem em situação de pobreza, porém não chegamos a ter miséria, a maioria das pessoas consegue pelo menos o básico para sobreviverem, não chega a faltar comida para ninguém. O maior desafio que temos como comunidade e como ESF é a dificuldade de acesso. A área, apesar de não ter uma grande quantidade de pessoas, é extensa e tem comunidades que pertencem à minha área que chegam a se distanciar 25km da unidade de saúde. Os pacientes que possuem carro tem um pouco menos de dificuldade, apesar de termos estradas muito ruins e que tornam a ida à unidade de saúde uma aventura. Aqueles pacientes que não tem carro dependem do ônibus que transporta os estudantes à escola para pegarem “carona”, inclusive idosos que às vezes têm que caminhar alguns quilômetros para chegar ao ponto do ônibus.

Temos uma grande procura pelo serviço de saúde por parte da comunidade, dificilmente os pacientes fazem consultas, procedimentos ou cirurgias particulares, a grande maioria utiliza o SUS. No momento, acredito que tenhamos um bom andamento dos casos dos pacientes, conseguimos realizar a maioria dos encaminhamentos necessários e resolvemos a maioria dos problemas. Temos também um bom relacionamento com o hospital da cidade, para onde conseguimos encaminhar pacientes com suspeita de eventos graves ou agudos que necessitem internação ou exames complementares. A principal queixa que recebo na prática diária é de lombalgia, sem dúvidas. Meus pacientes são pessoas que iniciaram muito cedo no trabalho pesado – geralmente iniciando trabalho na agricultura aos 7 anos de idade, alguns mais jovens que isso – o que gera sérias lesões lombares como hérnias discais, compressão medular, espondilolisteses e até mesmo fratura de vértebras. Outra queixa muito comum é dispepsia. Nas crianças, a grande maioria das mães trazem os filhos por queixa de febre. Temos também um alto índice de pacientes em tratamento para transtornos ansiosos e depressivos, diabetes e hipertensão, que acredito serem os agravos mais comuns.

Devido à grande demanda que temos em relação à saúde mental, acredito este ser um problema passível de intervenção por ser um tema relevante para a população da comunidade. Nossos pacientes por vezes acabam tomando medicações por anos a fio,

muitas vezes sem nem saber qual sua finalidade. Por outro lado, temos pacientes que descontinuem a medicação por conta própria e acabam tendo recaídas em suas doenças, por vezes tendo episódios piores do que os inicialmente tratados, aumentando, assim, a quantidade e a potência das medicações tomadas. Acredito que uma conscientização maior da população acerca do assunto é um bom projeto de intervenção na comunidade e trará benefícios para a população e é algo que conseguimos, como equipe, realizar. Vivemos também um momento de grandes incertezas e angústias, por isso também é um momento oportuno para trabalharmos questões de saúde mental.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Diminuir a prevalência de doença mental dentro da população e aumentar a conscientização sobre as medicações, seus benefícios e malefícios.

2.2 Objetivos específicos

- Orientar a população sobre os riscos e benefícios das medicações controladas.
- Aumentar a adesão à terapia psicológica para efetiva resolução dos problemas.
- Diminuir a quantidade de pessoas que cessam medicações por conta própria.
- Realizar palestrar sobre saúde mental para tentar diminuir o tabu que ronda essas questões na população.
- Realizar grupo de alongamento com a população das comunidades.

3 Revisão da Literatura

3. BREVE HISTÓRICO E IMPACTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A reforma psiquiátrica no Brasil é um processo político e social inserido em um contexto internacional de combate à violência asilar e denúncia da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, com conseguinte construção coletiva de modelo de tratamento humanizado para atendimento de pessoas com transtornos mentais.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que impulsionou tanto o movimento sanitário quanto o movimento da reforma psiquiátrica - que são contemporâneos entre si -, surge em 1978, ano que marca o início da luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 07).

No início dos anos 80 surgem as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência psiquiátrica no Brasil. O lema “Por uma sociedade sem manicômios” foi adotado no II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), no ano 1987. Nesse período surge na cidade de São Paulo o primeiro CAPS (centros de atenção psicossocial); ocorre a primeira intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos no Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta; assim como são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas.

Posteriormente, com a Constituição da República de 1988 é criado o SUS – Sistema Único de Saúde. Anos depois, em consonância com os princípios constitucionais vigentes, é sancionada a Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Contudo, apesar de todos os avanços, é importante frisar, nas palavras de Costa Rosa (2000), o manicômio é uma das expressões do modelo asilar, mas não é a única. Isso porque seus conceitos estão presentes nas práticas dos profissionais de saúde, que, mesmo após a grande ruptura produzida pela reforma psiquiátrica, continuam a reproduzir a mesma lógica pautada no isolamento, disciplinarização e exclusão do paciente.

Silvio Yasui aponta que:

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo que transcende e supera as reformulações na organização dos serviços de saúde e as propostas de implementação de caráter exclusivamente técnicas. Supõe a renúncia da vocação terapêutica instituída por intermédio da superação do paradigma psiquiátrico, o que significa negar a instituição manicomial, romper com a racionalidade e o saber psiquiátrico sobre a doença mental, compreendido como um processo histórico e social da apropriação da loucura; questionar o poder do especialista (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro etc.) em relação ao paciente e negar seu mandato social de custódia e exclusão (p. 102).

Ainda, Amarante (2003) atribui quatro dimensões para ruptura com o modelo asilar,

pautados na invenção e aplicação de saberes e fazeres que constroem um novo modo de cuidar do sofrimento psíquico, de modo que a reforma psiquiátrica não é apenas uma mudança de técnicas de cuidado e gestão de serviços de saúde mental.

A dimensão epistemológica abrange a desconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria, inclusive o conceito de doença mental. Trata especificamente da produção de outros saberes, estabelecendo outros conceitos, a fim de estabelecer um novo paradigma teórico acerca para o tratamento da saúde mental.

A dimensão técnico-assistencial tem grande relação com a práxis, isto é, com o manejo do novo paradigma proposto. Aqui a saúde mental ganha outros contornos em relação à organização de serviços, apoio social, articulação de redes de espaço de sociabilidade.

A dimensão jurídico-política, por sua vez, abrange justamente as lutas políticas que culminaram mudanças de legislação em relação às pessoas portadoras de transtornos mentais.

Por fim, na dimensão sociocultural, que produz uma mudança de pensamento social em relação à loucura e outros transtornos mentais. Aqui as demais dimensões são, por assim dizer, transformadas em senso comum.

Procurou-se no presente tópico apresentar algumas considerações históricas e sociais acerca da reforma psiquiátrica no Brasil. Embora o foco do presente trabalho não seja o tratamento do que é considerado “loucura” pela sociedade ou mesmo pela comunidade médica, entende-se que os impactos da reforma psiquiátrica estendem-se ao manejo médico em geral, inclusive em relação à saúde mental comunitária para tratamento de transtornos mais comuns, tais como ansiedade, alterações de humor, depressão.

A propósito, é importante dizer que o que é visto como um “transtorno mental comum” varia de acordo com a sociedade mundial, ou até mesmo de acordo com determinada comunidade. Por exemplo, no surgimento da psicanálise freudiana, a histeria entre mulheres era considerada um transtorno mental comum à época, sendo causa de diversas internações psiquiátricas. Por outro lado, déficit de atenção, depressão e ansiedade são transtornos comuns na atualidade e são um dos maiores motivos de busca por parte do paciente de auxílio psicológico e medicamentoso.

Em relação a isso, e para finalizar o presente tópico, cabe trazer brevemente uma reflexão apontada pelo filósofo sul-coreano, Byung-Chul Han, em sua obra intitulada “Sociedade do Cansaço”.

Em contraposição ao sociólogo Michel Foucault (1977), que apontava para uma “sociedade da disciplina” decorrente do capitalismo, na qual indivíduos não adaptados ao sistema recebiam tratamento disciplinar - seja em prisões ou hospitais psiquiátricos -, Han aponta para uma “sociedade do desempenho”, na qual palavras como “motivação”, “iniciativa”, “eficiência” são norteadoras da sociedade capitalista contemporânea e, por conseguinte, impacta de forma incisiva nos chamados “transtornos comuns à atualidade”. Neste sentido

A sociedade do século XXI não é mais a sociedade disciplinar, mas uma sociedade de desempenho. Também seus habitantes não se chamam mais “sujeitos de obediência”, mas sujeitos de desempenho e produção. São empresários de si mesmos (p. 22).

Han aponta que cada sociedade possui suas enfermidades psíquicas, como a síndrome de Burnout, depressão, hiperatividade, transtorno de déficit de atenção são apontados pelo autor como decorrentes do capitalismo contemporâneo.

4. A RACIONALIDADE CIENTÍFICA MÉDICA E A SUSPENSÃO DE OUTROS SABERES DE CURA

Conforme mencionado, a dimensão epistemológica da reforma psiquiátrica é caracterizada pela desconstrução de antigos saberes de saúde mental e construção de novos ou resgate dos que foram por muito tempo silenciados pela medicina tradicional.

Em relação a essa temática, é importante frisar que não apenas a psiquiatria, mas a medicina geral, silenciou outros saberes de cura provenientes de outras culturas que não a ocidental, como, por exemplo, medicina indiana, medicina chinesa, utilização de fitoterápicos e até mesmo conhecimento ancestrais de mulheres em relação ao parto. Neste sentido:

As descobertas psicofarmacológicas dos anos 50, século XX, e sobretudo dos anos 80 e 90, com o desenvolvimento das neurociências, renovaram as aspirações da psiquiatria em alcançar status de ciência. Nessa pretensão, segue o modelo global e totalitário da racionalidade científica, negando e/invalidando toda forma de conhecimento sobre o psiquismo que não se guia pelos princípios epistemológicos e por suas regras metodológicas. Assim, as classificações adotadas oficialmente, como o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana, e o Código Internacional de Doenças 10ª edição (CID-10), da OMS, reproduzem um esforço para unificar de forma totalizadora os diagnósticos das doenças mentais (Yasui, p. 82)

A racionalidade psiquiátrica tem méritos científicos e fez com que diversos avanços medicinais na área da saúde mental pudessem ser afirmados como conhecimento científico, a partir de uma metodologia específica e aceita na comunidade científica. Contudo, por outro lado, verticalizou o discurso relacionado a transtornos mentais, a partir daquilo que Marilena Chauí (1980) chama de “discurso competente”, que pode ser resumido da seguinte maneira: apenas determinadas pessoas em determinados lugares têm seu discurso legitimado.

E no caso dos discursos e saberes de curas a respeito de transtornos mentais, apenas os médicos psiquiatras de formação ocidental possuíam um “discurso competente” sobre o tema.

5. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

Conceitos de rede, território e autonomia de atendimento são fundamentais para a consolidação de uma medicina comunitária que atenda de maneira responsável as demandas da comunidade. A seguir, tratar-se-á de alguns destes conceitos, assim como dos

instrumentos para efetiva concretização da saúde comunitária, tais como SUS, CAPS, entre outros.

Cabe explicitar que a rede de cuidados com a saúde mental está inserida no Brasil dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos serviços públicos de saúde foram instituídos por Lei Federal na década de 90. As ações e serviços de saúde decorrentes do SUS possuem direção única em cada esfera do governo (municipal, estadual e federal), sendo que atenção à saúde mental do SUS define-se como de base comunitária

A rede de atenção à saúde mental brasileira abrange os variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, sendo de fundamental importância para acolhimento da pessoa em sofrimento mental, considerando seu aspecto biopsicossocial. Uma rede de cuidados ampla e consolidada ultrapassa o conjunto dos serviços de saúde mental do município, abrangendo também outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 24).

O conceito de território, por sua vez, não é apenas a área geográfica, mas abrange todos os cenários que dão vida e sentido à comunidade. Portanto:

Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Feitas essas breves considerações conceituais, é importante tratar, ainda nesse tópico, da Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi implementada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A finalidade precípua da ESF é promover a qualidade de vida e saúde da população, mediante ação integral e contínua a fim de prevenir os riscos de saúde, especialmente os oriundos de maus hábitos como uso de tabaco, falta de atividade física, má alimentação, má higienização etc.

A ESF é composta por equipe multiprofissional ligada à Unidade Básica de Saúde (UBS) local, cujas atividades básicas são: a) conhecer a realidade das famílias; b) executar procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica da comunidade; c) garantir a continuidade dos tratamentos fornecidos; d) prestar assistência integral e promover a saúde por meio da educação sanitária; e) promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas; f) discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam; g) incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, Ministério da Saúde).

Apesar do significativo trabalho que a equipe da ESF oferece à sociedade, alguns estudos ainda demonstram que os conhecimentos da equipe em relação à saúde mental ainda são precários. Desta forma, e considerando a grande incidência de sofrimento psicossocial

na sociedade brasileira, urge aumentar a atenção dada à saúde mental no âmbito das políticas públicas da saúde.

Em razão disso, torna-se relevante a efetivação da promoção e tratamento da saúde mental ao nível de atenção básica da ESF. Cabe ressaltar que tal articulação é de fato uma estratégia em todos os sentidos, inclusive para redução na demanda dos usuários a outros serviços mais onerosos à rede de saúde. É, portanto, urgente que a ESF não se restrinja apenas aos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde de pré-natal, diabetes, hipertensão, tuberculose, entre outros, mas também trate a Saúde Mental como uma das demandas prioritárias da comunidade.

Outra questão de suma importância dentro da saúde mental brasileira são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cuja função precípua é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária aos pacientes com transtornos mentais - operando como uma grande aposta de estratégia de saúde da família, neste sentido Silvio Yasui defende que o CAPS é “o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental” e deve ser entendido como “uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental” (p. 113).

De fato, os CAPS, é a concretização da articulação necessária entre saúde mental e ESF, proporcionando uma rede de atenção de saúde mental que é essencial à reinserção social de pessoas com transtornos mentais, promovendo vida comunitária e autonomia aos usuários de seus serviços.

6. PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS APÓS A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Como já mencionado, apesar das muitas conquistas, a reforma psiquiátrica no Brasil, não se encerrou, tampouco se circunscreve à luta antimanicomial, e à garantia dos direitos básicos das pessoas com transtornos mentais.

É importante destacar que o saber psiquiátrico exclusivamente pautado na psicofarmacologia ocidental - que consequentemente silencia outros saberes de cura -, assim como a relação vertical do médico com o paciente/ comunidade também são temas a serem pensados dentro da reforma de práticas saúde mental.

O tratamento do sujeito como “totalidade biopsicossocial”, isto é, um ser global, que requer atenção multiprofissional, foi uma importante conquista da luta pelo tratamento adequado à saúde mental, e culminou num grande avanço: a superação de antigas práticas de saúde mental centralizadas em um único enfoque psiquiátrico e hospitalar, e sem dúvida a continuidade e consolidação desses avanços é o grande desafio da medicina comunitária no âmbito da saúde mental.

Contudo, apesar da mudança de enfoque, o binômio saúde-doença ainda possui ênfase na doença, de modo que a medicina preventiva e a educação comunitária em relação à saúde mental ainda são muito precárias. Além disso, o encaminhamento hospital psiquiátrico e a prescrição de remédios de uso controlado ainda são as principais práticas

utilizadas para a preservação da saúde mental

Essa nova abordagem, que aos poucos está sendo consolidada para tratamento de transtornos mentais, está em perfeita consonância com os princípios do SUS, quais sejam: a) universalidade, segundo o qual a saúde é direito de todos, em caráter gratuito e isonômico; b) Integralidade, a qual estabelece que o direito à saúde é referente à saúde como um todo, em seu aspecto corporal e mental; c) Equidade, mediante o qual todas as pessoas são iguais perante o SUS.

À guisa de conclusão, é importante reforçar que caminho a ser trilhado pela medicina comunitária no âmbito da saúde mental passa por uma necessidade de aproximação real com os pacientes, ou seja, não apenas uma medicina “para” a comunidade, mas “com” a comunidade (REINALDO, 2008). Essa forma de abordagem, além de ser mais horizontal e democrática, possibilita que as ações preventivas de cuidados em psiquiatria e saúde, uma vez que leva consideração todas as características sociais e demográficas específicas da comunidade.

(AMARANTE, 2003)(CHAUÍ, 1980)(HAN, 2015)(YASUI, 2010)(COSTA-ROSA, 2000)(SAÚDE, 2019)(SAÚDE, 2020a)(SAÚDE, 2020b)(OLIVEIRA, 2020)(REINALDO, 2020)

4 Metodologia

O presente trabalho possui natureza bibliográfica e terá impactos de ordem prática na minha atuação como médica da comunidade do assentamento José Maria.

No que diz respeito a parte bibliográfica, foi realizado a partir de uma abordagem qualitativa, na medida em que se ocupou de apontar caminhos para melhoria do tratamento dado à saúde mental no âmbito da saúde pública.

A técnica central utilizada foi a análise documental, consistente na análise de livros, sites, leis e artigos científicos.

Os conceitos analisados foram a reforma psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; AMARANTE, 2003; COSTA ROSA, 2000; YASUI, 2010); Estratégia de Saúde da Família (OLIVEIRA, 2009).

Foram também trazidas perspectivas sociológicas do tratamento dado à saúde mental e ao que se entende por “loucura” (CHAUÍ, 1980; FOCALT, 1977 e HAN, 2015).

O conhecimento teórico proporcionado pelo presente estudo, contudo, não tem um fim em si mesmo, uma vez que terá impacto direto na minha prática como profissional de saúde, no sentido de me sensibilizar para melhor entender as demandas de saúde mental da população brasileira. Assim, pretendo aplicar o conhecimento aferido para organizar palestras e rodas de conversas com a comunidade do assentamento José Maria, onde atuo como médica.

O assentamento José Maria situa-se no interior do município de Abelardo Luz – SC, e engloba uma quantidade de 1680 pessoas. Apesar de ser uma comunidade rural, a demanda de saúde mental não é diferente daquela experimentada por comunidades urbanas, quais sejam: depressão, ansiedade, transtorno de déficit de atenção, síndrome de burn out, dentre outras demandas tipicamente contemporâneas.

Desta forma, a diferença notada entre a população urbana e a população rural em que eu atuo não é tanto em relação aos sintomas experimentados, mas em relação às formas de tratamento buscadas, uma vez que a população rural tende a buscar medicamentos para curar o sintoma, ao passo que entre a população urbana há maior difusão de outras medidas para intervenção em saúde mental, além da medicação, como por exemplo a psicoterapia.

Tendo em mente o perfil da comunidade em que atuo, pretendo não apenas difundir a ideia de que há outras práticas para aliviar sintomas de saúde mental além do medicamento, mas também conscientizar a população a fim de prevenir uso e descontinuidade dos medicamentos por conta própria. Além disso, creio que é importante falar sobre descarte consciente de medicamentos.

Por conseguinte, considerando a heterogeneidade do assentamento José Maria, penso que será interessante separar as palestras por público-alvo, da seguinte maneira: a) mu-

lheres; b) homens c) crianças. Tendo em vista a impossibilidade de aglomeração para o ano de 2020, em razão da pandemia no novo coronavírus, a calendarização dos eventos ocorrerá da seguinte forma e com os seguintes temas:

a) **Nome do evento:** Saúde Mental para Mulheres (trans, Cis, jovens e idosas). **Data:** primeiro sábado de março de 2021. **Temas:** 1. Roda de conversa sobre as demandas de saúde mental, para ouvir as pessoas; 2. Conscientização sobre o contexto histórico feminino e sobre como a saúde mental é reflexo da contemporaneidade; 3. Sintomas mais comuns e suas possíveis formas de tratamento prevenção; 4) Uso consciente de medicamentos; 5) Descarte consciente de medicamentos.

b) **Nome do evento:** Saúde Mental para homens (trans, cis, jovens e idosos). **Data:** primeiro sábado de abril de 2021. **Temas:** 1. Roda de conversa sobre as demandas de saúde mental, para ouvir as pessoas; 2. Conscientização sobre o contexto histórico masculino e sobre como a saúde mental é reflexo da contemporaneidade; 3. Sintomas mais comuns e suas possíveis formas de tratamento prevenção; 4) Uso consciente de medicamentos; 5) Descarte consciente de medicamentos.

c) **Nome do evento:** Saúde Mental para crianças. **Data:** primeiro sábado de maio de 2021. **Temas:** 1. Roda de conversa sobre as demandas de saúde mental, para ouvir as mães, pais e crianças presentes; 2. Explicar o que é saúde mental de uma maneira lúdica, voltada ao público infantil; 3. Falar dos sintomas mais comuns nas crianças e suas possíveis formas de tratamento e prevenção.

O local do evento será preferencialmente na unidade de saúde localizada no assentamento José Maria, em razão da facilidade de acesso. Conduzirão o evento os seguintes profissionais da ESF: médica; psicóloga (o); assistente social e demais profissionais de saúde e educação que se sintam aptos a proporcionar melhoria de saúde mental para a comunidade.

5 Resultados Esperados

Os resultados esperados do presente trabalho subdividem-se em dois grandes grupos: a minha atuação como profissional da saúde e a melhoria da saúde mental comunitária. Quanto a este último, espera-se que ocorra em três etapas: adesão à palestra estabelecida na metodologia; construção conjunta de conhecimento sobre saúde mental e aplicação prática o que foi aprendido no evento.

Quanto aos resultados que dizem respeito à comunidade, pretendo colocar em prática o projeto estabelecido na metodologia, que consiste em três palestras sobre saúde mental, cada uma para um público-alvo específico do assentamento José Maria em Abelardo Luz – SC: mulheres, homens e crianças.

Tal expectativa diz respeito a conseguir adesão à palestra, de modo que, ao menos 50 por cento do público-alvo, compareça ao evento. Para divulgação do evento, serão utilizados todos os veículos de comunicação da cidade.

Após, espero conseguir difundir, juntamente com os profissionais da ESF e com a própria comunidade do assentamento José Maria, outras práticas para aliviar sintomas de saúde mental além do medicamento, de modo a contribuir para um melhor entendimento acerca das medicações, e as respectivas implicações do uso/interrupção por conta própria. Será também importante abordar os impactos do estilo de vida na saúde mental, isto é, alimentação, exercícios e qualidade de sono. Além disso, creio que é importante falar sobre descarte consciente de medicamentos.

Por derradeiro, pretendo alcançar resultados efetivos no cotidiano da comunidade, consistentes em: adesão à terapia psicológica, descarte consciente de medicamentos, conscientização sobre importância de ser acompanhado por um profissional da saúde, dentre outras práticas positivas à saúde mental.

Em relação à minha atuação, a partir dos estudos feitos neste trabalho, espero estar apta a contribuir, como médica da comunidade, com a conscientização comunitária acerca da saúde mental, deslocando o foco na doença e ressaltando na saúde, de modo a incentivar a prevenção, e não apenas o tratamento, de transtornos mentais.

Por fim, almejo adotar uma postura médica mais horizontal em relação à comunidade, a fim de proporcionar uma aproximação real com os pacientes e ajudar na consolidação de uma medicina de base comunitária, em perfeita consonância com os princípios do SUS.

Referências

- AMARANTE, P. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. Citado na página 18.
- CHAUÍ, M. *Cultura e Democracia: O discurso competente e outras falas*. São Paulo: Moderna, 1980. Citado na página 18.
- COSTA-ROSA, A. da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]*, p. 1–29, 2000. Citado na página 18.
- HAN, B.-C. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2015. Citado na página 18.
- OLIVEIRA, F. B. de. *Saúde Mental e estratégia de saúde de família: uma articulação necessária*. 2020. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano09/art0909.php>>. Acesso em: 15 Jun. 2020. Citado na página 18.
- REINALDO, A. M. dos S. *Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária*. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452008000100027&script=sci_arttex>. Acesso em: 05 Jun. 2020. Citado na página 18.
- SAÚDE, I. *IDS Saúde*. 2019. Disponível em: <<https://www.ids.inf.br/ids-saude/>>. Acesso em: 06 Mai. 2019. Citado na página 18.
- SAÚDE, M. da. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. 2020. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 09 Jun. 2020. Citado na página 18.
- SAÚDE, M. da. *Sobre a ESF*. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>>. Acesso em: 17 Jun. 2020. Citado na página 18.
- YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. Citado na página 18.