

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

GEIDY LANDA MORALES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE
DE VIDA DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS NA ÁREA
DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MINAS GERAIS II, EM UBERLANDIA – MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2017

GEIDY LANDA MORALES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE
DE VIDA DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS NA ÁREA
DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MINAS GERAIS II, EM UBERLÂNDIA - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ligia Mohallem Carneiro

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2017

GEIDY LANDA MORALES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE
DE VIDA DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS NA ÁREA
DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MINAS GERAIS II, EM UBERLANDIA – MINAS GERAIS**

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro - UFMG

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de outubro de 2017

DEDICATORIA

Dedico este trabalho em primeiro lugar, a Deus, por ser essencial em minha vida, pela força e coragem para ficar aqui longe de minha família.

A minha família, especialmente a minha mãe e esposo. Obrigada pelo carinho, paciência, apoio incondicional, segurança e esforços para vencer cada etapa de minha vida.

A professora do curso, por sua orientação, apoio, compreensão e ajuda na realização deste trabalho.

A meus amigos pelas alegrias, tristezas, dores e momentos de desespero: compartilho.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo cada dia de minha vida melhor.

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre presente abençoando minha vida.

À minha mãe, meu esposo e minha família em geral, pelo amor e fortaleza que brindam para mim e que eu sinto aqui na distância.

Gostaria de agradecer a meu país por dar-me a possibilidade de formar-me como medica e os valores inculcados.

Aos professores do curso por sua orientação, dedicação e apoio na elaboração do projeto.

A todos meus agradecimentos, aos amigos, companheiros de trabalho, amizades, a todos os que fizeram parte de minha vida nesta formação.

RESUMO

O presente trabalho corresponde a uma proposta de intervenção para melhorar a qualidade de vida de pacientes com transtornos de saúde mental na área de abrangência da equipe de saúde Minas Gerais II, em Uberlândia, MG, tendo em conta que os problemas de saúde mental têm uma elevada prevalência em nossa população e é uma realidade a necessidade de um programa de atenção integral à saúde mental: identificar e classificar os pacientes para o manejo, melhorando assim sua qualidade de vida. Os transtornos da saúde mental têm sido reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde como um dos problemas crônicos de saúde mais frequentes na maior parte das sociedades desenvolvidas. No marco contextual se realiza uma aproximação histórica-descritiva do município de Uberlândia, sua criação, e da UBSF Minas Gerais II, se revelam dados obtidos da fonte de informação do registro da equipe, destacando assim os problemas sociais prevalentes em nossa área de abrangência, elaborado com os pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional. Tem como objetivo geral elaborar um plano de intervenção com o propósito de melhorar a qualidade de vida em pacientes com transtornos de saúde mental e objetivos específicos: Identificar possíveis causas de doença mental na comunidade para controle e tratamento adequados, propor estratégias e implementar uma linha de cuidado para os pacientes com doença mental, incluindo alternativas de tratamento não medicamentoso, incentivar a integração social de pacientes com transtornos de saúde mental após tratamento, constituir trabalho em grupos operativos com pacientes com transtornos de saúde mental e familiares para aumentar seus conhecimentos sobre as condições da doença, e a criação de grupos de apoio para a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. Ao final se descreve a metodologia utilizada para chegar a identificar e priorizar os problemas, assim como a identificação e explicação dos nos críticos para o desenvolvimento do plano de intervenção. Esperamos com esta proposta de intervenção alcançar resultados e mudanças positivas melhorando assim a qualidade de vida de nossos pacientes já que a vida é um presente de Deus e precisamos vivê-la da melhor maneira possível.

Palavras- chave: Equipe Básica de Saúde. Saúde Mental. Depressão.

ABSTRACT

The present study corresponds to a proposal for intervention to improve the quality of life of patients with mental health disorders in the area covered by the health team Minas Gerais II, in Uberlândia, MG, taking into account that mental health problems have a High prevalence in our population and the need for a comprehensive mental health care program is a reality: to identify and classify patients for management, thus improving their quality of life. Mental health disorders have been recognized by the World Health Organization as one of the most frequent chronic health problems in most developed societies. In the contextual framework, a historical-descriptive approach is carried out in the municipality of Uberlândia, its creation, and UBSF Minas Gerais II, reveals data obtained from the information source of the team registry, thus highlighting the social problems prevalent in our area of coverage, Elaborated with the assumptions of the Strategic Situational Planning. Its general objective is to elaborate an intervention plan with the purpose of improving the quality of life in patients with mental health disorders and specific objectives: Identify possible causes of mental illness in the community for adequate control and treatment, propose strategies and implement a line of Care for patients with mental illness, including non-drug treatment alternatives, encouraging the social integration of patients with mental health disorders after treatment, constituting working groups with patients with mental health disorders and family members to increase their knowledge about the conditions Of illness, and the creation of support groups for the promotion of healthy habits and lifestyles. Finally, the methodology used to identify and prioritize the problems, as well as the identification and explanation of the critics for the development of the intervention plan is described. We hope with this intervention proposal to achieve positive results and changes, thus improving the quality of life of our patients since life is a gift from God and we need to live it in the best way possible.

Key words: Basic Health Team; Mental health; Depression

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADST	Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAD	Centro de Atenção ao Diabético
CMSU	Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia
ESF	Estratégia Saúde da Família
HC-UFU	Hospital de Clínicas- Universidade Federal de Uberlândia
IBEG	Instituto de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PMU	Prefeitura Municipal de Uberlândia
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde

TMC	Transtorno Mental Comum
UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distribuição territorial dos distritos do município de Uberlândia- MG em 2016	14
Figura 2	Distribuição territorial dos setores sanitários da sede do município de Uberlândia	15
Figura 3	Áreas de abrangência da UBSF Minas Gerais localizada no setor Norte de Uberlândia/MG em 2015	22
Quadro 1	Distribuição da População da Área de Abrangência da UBSF Minas Gerais segundo o sexo e faixa etária –Uberlândia/MG- 2016.....	23
Quadro 2	Classificação de Prioridades para os problemas identificados no Diagnóstico da Comunidade da UBSF Minas Gerais II-UBERLANDIA/MG 2016	41
Quadro 3	Descritores de problema de Saúde Mental na UBSF Minas Gerais II- Uberlândia/MG-2016	42
Quadro 4	Proposta de Operações necessárias para soluções dos nós críticos	45
Quadro 5	Recursos Críticos para o desenvolvimento das operações.....	48
Quadro 6	Proposta de Ações para a motivação dos atores e viabilização das operações	49
Quadro 7	Plano Operativo para o enfrentamento do problema priorizado “Elevada prevalência de pacientes com transtornos de saúde mental” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde Minas Gerais II.....	50
Quadro 8	Planilhas para o acompanhamento do projeto	53

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Informações sobre o município de Uberlândia – MG	
1.2 O sistema municipal de saúde	
1.3 A Equipe de Saúde da Família Minas Gerais II: seu território e sua população	
2 JUSTIFICATIVA	25
3 OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo Geral	
3.2 Objetivos Específicos	
4 METODOLOGIA	28
5 REVISÃO DE LITERATURA	30
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	57

1 INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira pretende modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. Este modelo seria substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando à integração da pessoa que sofre de transtornos mentais à comunidade.

Em processo desde o final da década de 1970, a Reforma Psiquiátrica tem contribuído para a implementação de uma nova política pública de assistência aos pacientes psiquiátricos e a construção de tecnologias de cuidado inovadoras. A substituição progressiva do hospital psiquiátrico por serviços regionalizados é um de seus aspectos. Também a busca de uma forma de cuidado que, ao mesmo tempo, diminua o sofrimento humano, produza autonomia e ampliação dos laços sociais – ao invés de segregação, violência e abandono – é outro aspecto, do mesmo modo que a luta contra a exclusão social e o estigma de incapacidade e periculosidade associado à doença mental (SILVA, 2005, p. 304)

Ainda Silva (2005) assegura que as mudanças governamentais ocorridas, em todos os setores, geram desafios a respeito do aliciamento dos profissionais de saúde, vizinhos, familiares e usuários.

Segundo Silva (2005), a responsabilidade tem sido não só um discurso do campo da saúde mental, mas também um operador da prática assistencial nos serviços territoriais, orientada pelo acolhimento, vínculo e definição precisa da responsabilidade de cada profissional no atendimento à população. Complementa ainda que:

O encargo pelos cuidados em saúde mental não é responsabilidade exclusiva nem das famílias, nem dos profissionais e nem das instâncias públicas de amparo, mas algo que exige distribuição, delegação e negociação de responsabilidade entre esses atores sociais, cada dia mais intensa na medida em que a internação deixa de se tornar o principal recurso assistencial e a convivência passa a ser o principal instrumento de terapêutica (SILVA, p.308, 2005).

Na Unidade Básica de Saúde (UBSF) Minas Gerais, no município Uberlândia-MG, existe uma alta prevalência na população adstrita de doença mental o que motivou a necessidade de melhorar a atenção a estes pacientes, sendo necessário

a confecção de um plano de ação efetivo para estes cuidados baseado no conhecimento do território e da área de atuação onde o problema se insere.

1.1 Informações sobre o município de Uberlândia - MG

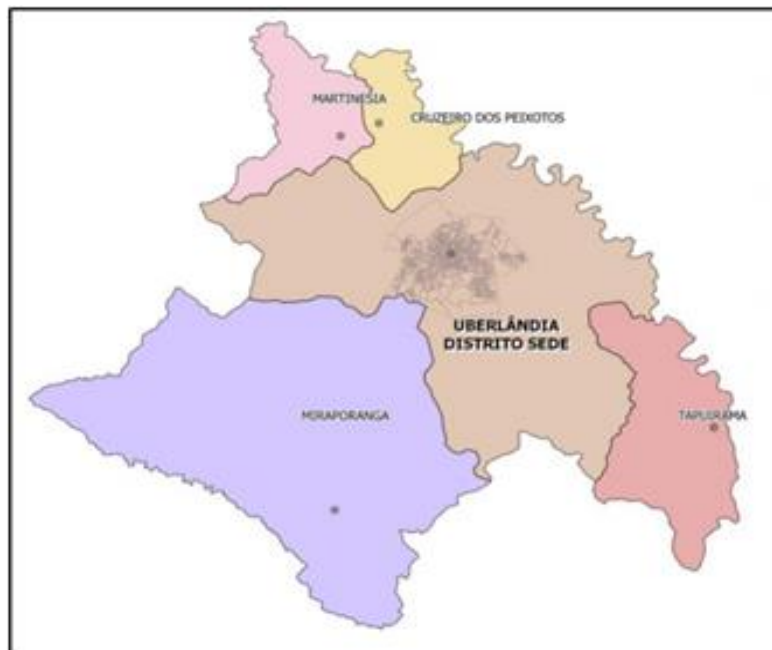
Uberlândia é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, região Sudeste do país. Localizado no Triângulo Mineiro, pertence também à Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e à microrregião de mesmo nome (BRASIL, 2015a; UBERLÂNDIA, 2013).

A descoberta da região do Triângulo Mineiro - também conhecida como Sertão da Farinha Podre seu povoamento está intrinsecamente ligado ao ciclo do ouro no Brasil. A escassez dos minérios nas regiões auríferas das "Gerais" provocou a dispersão populacional para outras áreas. Nos tempos da colônia, esta área do Triângulo, se configurava como fornecedora marginal de metais e ponto de apoio aos núcleos mineratórios do Centro-Oeste, suprindo-os, também, de gêneros alimentícios. Com o declínio da mineração ocorreu um afluxo populacional para a região. Apesar disso, ainda permaneceram as áreas denominadas por "região vazia". Estas receberam incentivos de povoamento por parte da metrópole que criou a Lei Imperial nº 514 de 1530, referente à concessão de terras devolutas para a colonização. Motivadas pelas concessões de terras, expedições de desbravadores começaram a se deslocar para esta região do Triângulo Mineiro em busca da posse amento das mesmas. Segundo os manuscritos cedidos por descendentes do Sr. João Pereira, a primeira posse amentos teve início em 1817 e não em 1818 como até então se acreditava. Neles há relatos de três famílias que saíram de Paraopeba, próximo à Vila Rica, no intuito de demarcarem aqui suas sesmarias: Os irmãos Caetano e José Alves Rezende com suas famílias, acompanhados do cunhado João Pereira da Rocha e ainda o amigo Francisco Rodrigues Rabello, que trouxe também sua família (UBERLÂNDIA, 2013).

As principais fazendas que deram origem ao município foram a Fazenda Olho d'Água, Fazenda Laje, Fazenda Tenda e Fazenda Marimbondó. Na fazenda Tenda formou-se um povoado, onde em 1853 construiu-se a primeira Capela, com 3000 paroquianos. Quatro anos depois no intuito de dar forma jurídica às terras adquiridas em consentimento dos vinte e um proprietários, os procuradores, promoveram a

divisão e demarcação daquele Patrimônio perante o juiz municipal de Uberaba, em outubro de 1857, já denominado de Nossa Senhora do Carmo e São Sebastião da Barra de São Pedro de Uberabinha. Mais tarde simplesmente São Pedro do Uberabinha, que aos poucos foi se transformando num centro comercial muito expressivo e em agosto de 1888, inicialmente com 3 distritos: São Pedro do Uberabinha (sede), Martinópolis e Santa Maria. Desde então incorporou os distritos de Tapuira e Cruzeiro dos Peixotos sendo que Santa Maria passou a chamar-se Miraporanga e Martinópolis a chamar-se Martinésia, assim permanecendo até hoje (figura 1). (UBERLÂNDIA, 2015a).

Figura 1 - Distribuição territorial dos distritos do município de Uberlândia/MG.

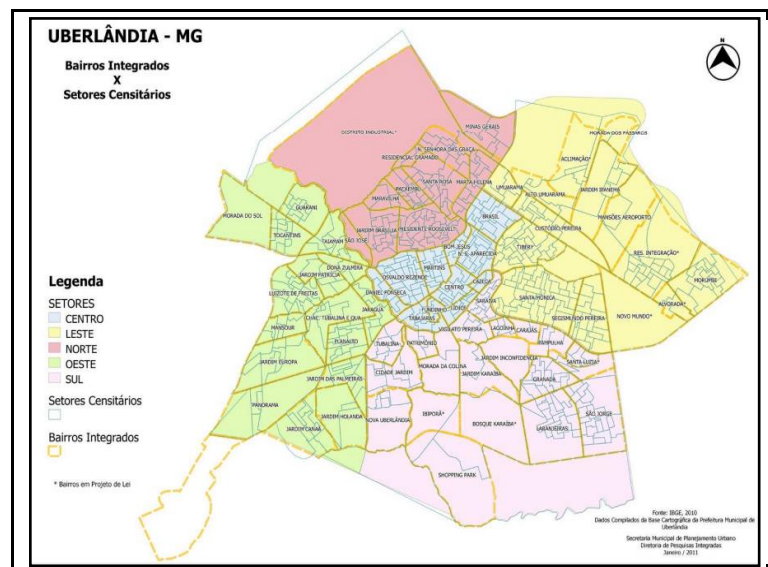


Fonte: PMU–Diretoria de Pesquisa Integrada–SEPLAN

Uberlândia está localizada aproximadamente a 640 km da cidade de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. Seus limítrofes são os municípios de Araguari (37,7 Km), Indianópolis (62,3 Km), Monte Alegre de Minas (70,4 Km), Prata (84,5 Km), Tupaciguara (70,1Km), Uberaba (105 km) e Veríssimo (145 km). (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015a).

Em divisão territorial o município é constituído de cinco distritos, a cidade de Uberlândia é o distrito sede (Figura 1) e os outros são Cruzeiro dos Peixotos (24 Km da sede), Martinésia (32 Km da sede), Miraporanga (50 Km da sede) e Tapuirama (38 Km da sede), dividindo-se ainda em cinco setores sanitários (Figura 2): Norte, Sul, Leste, Oeste e Central. (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015a). Sua extensão territorial é de aproximadamente 4.115,82 Km², sendo que a área rural, ocupa cerca de 3.896,82 Km², correspondendo a 94,67% da extensão do município e a área urbana possui cerca de 219 Km², correspondendo a 5,23% da área total do município. (BRASIL, 2015a; 2015b).

Figura 2 – Distribuição territorial dos setores sanitários da sede do município de Uberlândia /MG EM 2015.



Fonte: PMU – Diretoria de Pesquisa Integrada – SEPLAN

O município é considerado polo regional de atração migratória apresentando nas últimas décadas um dos maiores índices de crescimento populacional do Estado Minas Gerais, consequência direta deste crescimento foi o aumento da pressão por habitação que gerou além do adensamento populacional das áreas já urbanizadas, a rápida expansão da malha urbana da cidade principalmente em direção às regiões sul e oeste, aumentando consideravelmente nessas regiões a necessidade de ampliação e qualificação de serviços de saúde, entre outros (UBERLÂNDIA, 2013).

Quanto aos aspectos econômicos, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Uberlândia aumentou de 0,702 em 2000, para 0,789 em 2010, e apresenta taxa maior que a de Minas Gerais e a do Brasil, que registram 0,731 e 0,727, respectivamente. O aumento de 12,39% em 10 anos fez a cidade se manter com alto desenvolvimento humano e subir da 4ª para a 3ª colocação de melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do Estado, atrás de Nova Lima (0,813) e Belo Horizonte (0,810). No ranking nacional, Uberlândia ganhou 45 posições, passando da 116ª para a 71ª posição. Os dados são da pesquisa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP) (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

O Produto Interno Bruto - PIB de Uberlândia é o 27º maior do Brasil, destacando-se na área de prestação de serviços. No setor secundário, a indústria atualmente é o segundo setor mais relevante para a economia uberlandense. Seguida da indústria que atualmente é o segundo setor, a agricultura é o setor menos relevante da economia de Uberlândia (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Uberlândia conta com boa infraestrutura, habitações com infraestrutura completa (água, luz, esgoto) é superior a 96%. Em relação à renda média mensal per capita o município de Uberlândia está em 4º lugar entre os municípios mineiros (R\$ 865,00), valor 35% superior à média estadual (R\$ 641,00) e 30% maior que a média nacional (R\$ 668,00) (BRASIL, 2015a; 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

Em relação ao saneamento básico Uberlândia conta com 100% de água tratada e 99% de tratamento de esgoto no perímetro urbano. De acordo com dados do Departamento Municipal de Água e Esgoto – DMAE, cerca de 6.288 moradores de Uberlândia ainda não têm acesso à rede de esgoto. O número representa menos de 1% da população total da cidade (UBERLÂNDIA, 2013).

O índice de analfabetismo em Uberlândia é de 5,04%, estando abaixo dos índices estadual (7,7%) e nacional (9,6%), correspondendo a aproximadamente 18.600 pessoas analfabetas com mais de 15 anos de idade. (BRASIL, 2015a; UBERLÂNDIA, 2015b).

No que diz respeito aos aspectos demográficos, a população de Uberlândia em 2010, segundo dados do IBGE, correspondia a 604.013 habitantes, sendo que desse total, 2,77% residem na zona rural, correspondente a 16.745 habitantes. Atualmente, o município está subdividido em quatro distritos (Cruzeiro dos Peixotos (24 km), Martinésia (32 km), Miraporanga (50 km) e Tapuirama (38 km)) e 5 setores sanitários. É importante ressaltar que a população considerada neste PMS se refere ao ano de 2010, a última registrada e divulgada pelo IBGE. A estimativa da população para 2013, segundo o IBGE é de 646.673 habitantes, 7,06% a mais que no ano de 2010. Houve um acréscimo de 473,4 pessoas por km² na área urbana e na área rural o acréscimo foi de 1,2 pessoas por Km² entre o período de 2000 a 2010. (BRASIL, 2015a; UBERLÂNDIA, 2013; 2015a).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde.

O Modelo de Atenção é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias. Em Uberlândia as ações são definidas em função da análise situacional considerando os perfis demográficos, epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde. Ao se reconhecer as características das condições de saúde e as condições sociais dos usuários, a singularidade do cuidado prestado precisa estar organizada para responder de forma qualificada aos problemas identificados. Para isso, é necessário o fortalecimento de estratégias de cuidado que integre todas as esferas de atenção. A Secretaria Municipal de Uberlândia possui uma rede pública de serviços assistenciais abrangente do ponto de vista geográfico, com atuação significativa no coletivo e no individual, no preventivo e no curativo, apresentando ações de serviços públicos em todos os níveis de complexidade. As ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no município são predominantemente realizadas pelos pontos de atenção da Rede Municipal de Saúde, que busca em suas estratégias a Atenção Básica como ordenadora desta Rede. O cidadão é atendido por meio da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidade de saúde. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015d).

As unidades estão regionalizadas em setores sanitários (Centro, Leste, Norte, Oeste e Sul) e possuem no total 74 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 59 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) entre rurais e urbanas e mais 2 Unidades de Apoio à Saúde na zona rural. Com este número de ESF tem-se uma cobertura populacional assistida de 27%, correspondente acerca de 176.344 pessoas e 48.984 famílias. O município possui também 9 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) convencionais, responsáveis pela cobertura de 25% da população. Compondo o conjunto de equipamentos de saúde que integram os setores sanitários, estão as 7 Unidades de Atendimento Integrado (UAIs). Nas UBSFs, em sua maioria, são oferecidos os seguintes serviços de saúde: atendimento ambulatorial nas áreas de Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Ginecologia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e atendimento de enfermagem. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015d).

Os serviços prestados pelas UAIs são: Pronto Atendimento em Clínica Médica, Pediatria, Traumatologia, atendimento ambulatorial de atenção primária de sua área de abrangência, assim como o atendimento de várias especialidades tais como, Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Urologia, Gastreenterologia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Dermatologia, Cardiologia, Angiologia, Nefrologia, Neurologia, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Serviço Social. Também são realizados exames de apoio diagnóstico de imagem e laboratório, dentre outros. Existem, ainda, os leitos para observação, sala de emergência e sala para pequenas intervenções cirúrgicas ambulatoriais (UBERLÂNDIA, 2013; 2015d).

Em janeiro de 2011 iniciou-se o atendimento no Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro, integrando a Rede de Atenção à Saúde do município, sendo o acesso regulado pela Central de Regulação Municipal. Atualmente este Hospital conta com 265 leitos, com média de 1000 pacientes atendidos por mês e suas principais especialidades são: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica, UTI (Adulto e Neonatal) e Cuidados Intermediários. O município conta, também, com cinco Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (divididos em CAPS adultos, CAPS AD e CAPS Infantil), um Centro de Convivência e Cultura e quatro outras unidades de atendimento especializado: o Ambulatório de

Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (ADST), o Centro de Atenção ao Diabético do Tipo I (CAD) o Ambulatório de Oftalmologia e o Centro de Reabilitação Física. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU), também integra a Rede de Atenção no Município. O HC é um hospital de referência macrorregional em serviços de alta densidade tecnológica, desenvolvendo ainda, ações de média densidade tecnológica e outras em atenção básica. Mantém atendimento de urgência/emergência 24 horas em pronto-socorro. Importante ressaltar a Vigilância em Saúde do município de Uberlândia que busca organizar suas ações de maneira integrada com a Rede de Assistência, com ênfase na Atenção Básica (AB) de forma a atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população. Na formulação destas ações, visa promover a prevenção e intervenção adequadas considerando os níveis de complexidade que cada ação demanda e engloba de Promoção à Saúde, Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental.

Completam a Rede de Atenção os hospitais privados contratados, onde são realizadas cirurgias cardíacas, cirurgia geral e em trauma-ortopedia, internações clínicas e UTI de Ortopedia. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015d).

Dos 8.034 profissionais que prestam serviços para o município na área da saúde, 32,97% possuem vínculo do tipo emprego público; 24,55% têm vínculo estatutário; 11,52% não possuem categoria específica; 3,01% com vinculação celetista; 0,60% contratados por tempo determinado e 0,21% cargos comissionados. (BRASIL, 2015c).

O principal objetivo dos Sistemas de Saúde em todo mundo é a redução da mortalidade e melhoria dos padrões de qualidade de vida das pessoas. Ampliar acesso aos serviços de saúde com qualidade e humanização deve ser obrigação e dever de todo gestor, trabalhador e instâncias do controle social do SUS em todo o Brasil.

Em Uberlândia, nosso principal desafio para a efetivação do direito universal à saúde como princípio de cidadania é a superação de um sistema de serviços de saúde fragmentado, desarticulado, pouco resolutivo, centrado em profissionais e procedimentos voltados às condições e eventos agudos (urgência e emergência),

centrado no médico e no hospital, desvalorizando a AB e as equipes multiprofissionais.

A Rede de Produção de Saúde articula o conjunto de ações e estratégias específicas em um território vivo, respeitando e se moldando aos aspectos culturais, sociais, históricos, econômicos, políticos e ambientais, materializando as ofertas assistenciais da saúde pública não apenas em um local pré-determinado (Unidade Básica de Saúde, UAI ou Hospital, por exemplo), mas nos espaços onde as pessoas vivem. Nas escolas, nos parques, nas praças, nas ruas, nos templos religiosos, nas associações, nos sindicatos, nos movimentos sociais e nos domicílios, a Rede de Produção de Saúde amplia a Rede de Atenção, incorporando a Vigilância e a Promoção em Saúde, e principalmente, as políticas e estratégias Inter setoriais, articulando a Política Pública de Saúde com as demais políticas públicas, seja sociais (educação, cultura, desenvolvimento social, habitação), seja econômicas (trabalho, emprego, renda, desenvolvimento industrial e comercial) e ambientais (meio ambiente, saneamento, planejamento urbano). A construção dessa Rede de Produção de Saúde passa pela priorização da Atenção Básica como efetiva coordenadora do cuidado e ordenadora de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A unidade de atenção básica que tem a Estratégia Saúde da Família como forma de organização é denominada de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). É composta por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, além dos profissionais de apoio como serviços gerais e auxiliar administrativo. A equipe trabalha com área de abrangência definida de 3000 a 4000 pessoas, cuidando de todos os ciclos de vida, desde a o recém-nascido até os idosos, com vínculo e responsabilização pelas pessoas. Além das atividades de prevenção e promoção de saúde, a equipe atende as demandas agudas desta população da sua área abrangência dentro da competência da atenção primária e é também responsável pela coordenação do cuidado nos outros pontos da rede, ou seja, encaminha às especialidades e para procedimentos de média e alta complexidade, entretanto os pacientes devem retornar à equipe com contra referência para continuidade do cuidado com sua equipe de saúde da família. Assim, há um resgate do cuidado com personificação, próximo da sua realidade local, utilizando as potencialidades da comunidade em que

vive. Os agentes comunitários de saúde são a extensão da unidade de saúde, dentro das residências das pessoas, é o olhar dos profissionais para além dos muros da unidade, possibilitando a identificação de problemas e caminhos para o cuidado efetivo das pessoas com suas especificidades.

Além da equipe mínima, as UBSFs contam com nove Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que oferecem apoio matricial de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educador físico e tutoria de médicos ginecologistas-obstetras, psiquiatras, pediatras. Há atendimento de acupuntura em duas unidades dos Setores Oeste e Leste, integrando as atividades de Práticas Integrativas e Complementares (PIC), que serão ampliadas, inicialmente em todo Setor Leste. (UBERLÂNDIA, 2013; 2015d).

Todas essas categorias profissionais fazem parte da equipe de Apoio Matricial que visa aumentar a resolubilidade das Equipes de Saúde da Família, possibilitando o atendimento integral e melhor a qualidade de vida das pessoas.

O município conta com o Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia (CMSU) encarregado de exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, fundo esse para onde são destinados os recursos a serem gastos com a saúde no Município. As reuniões do Conselho ocorrem sempre na última quarta-feira do mês às 19 horas, no Anfiteatro Cícero Diniz na Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU). (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

1.3 A Equipe de Saúde da Família Minas Gerais II: seu território e sua população.

A comunidade Minas Gerais fica no setor Norte do município de Uberlândia (Figura 1), de localização Urbana, como mostra a figura 3, a seguir:

Figura 3 Áreas de Abrangência da UBSF Minas Gerais



Fonte: SEPLAN-PMU.2015

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Minas Gerais II foi inaugurada no dia 26 de agosto de 2014, no local de antiga casa de família, bem estruturada, onde funcionam duas equipes e fornece atendimento multiprofissional aos moradores do bairro Minas Gerais em sua totalidade, cada equipe formada por seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais, uma psicóloga e uma cirurgiã dentista para as duas áreas, uma médica e uma enfermeira. Na área física da UBSF contamos com uma sala de espera, recepção, duas consultas médicas, duas consultas de enfermagem, consulta para assistência social e psicóloga, consulta de odontologia, uma sala de vacina e curativos, local de trabalho das ACS, banheiro para trabalhadores e para pacientes, cozinha.

São oferecidos serviços de saúde integral, com ações de promoção e prevenção de saúde, com consultas agendadas e demanda espontânea, acolhimento, aferição de pressão, curativos e demais procedimentos de

enfermagem, imunizações, laboratório, grupos operativos, visitas domiciliares. O horário de atendimento é das 7 horas da manhã até às 17 horas de segunda a sexta, a exceção da 5ª feira quando a Unidade fecha as 15 horas para a reunião de equipe.

Quadro 1- Distribuição da População da Área de Abrangência da UBSF Minas Gerais segundo o sexo e faixa etária – Uberlândia/ MG-2016

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
Menor 1 ano	34	2,8	45	2,0	79	2,3
1 a 4 anos	72	5,9	101	4,5	173	5,06
5 a 9 anos	112	9,2	176	7,9	288	8,4
10 a 14 anos	131	10,8	206	9,0	337	9,8
15 a 19 anos	148	12,2	273	12,3	421	12,3
20 a 49 anos	418	34,5	686	31,0	1104	32,3
50 a 59 anos	149	12,3	364	16,4	513	15,0
60 anos e mais	145	11,9	357	16,1	502	14,6
Total	1209		2208		3417	100,0
	100,0		100,0			

Fonte: Levantamento Cadastro ACS- Equipe Minas Gerais II.

A equipe conta com um total de 3417 pacientes cadastrados, com um total de 1071 famílias distribuídas em 6 micro áreas. Sua distribuição por sexo e faixa etária (Quadro 1) constata um predomínio de adulto jovem (20-49 anos) com 32,3%. Observa-se um predomínio do sexo feminino (64,6%) em relação aos homens (25,6%). Existem 79 crianças menores de 1 ano. A área coberta pela equipe é 100% urbana, existem equipamentos sociais, escolas, associações de moradores, igrejas, praças, lojas de comércio. Toda a população tem acesso à água tratada distribuída pela rede pública de água e esgoto. (UBERLÂNDIA, 2015c)

O índice de analfabetismo é relativamente baixo, os problemas sociais prevalentes são o alto índice de tabagismo, alcoolismo, drogadição, violência, desemprego, sobre tudo na população mais jovem.

Os principais problemas ambientais são a poeira e contaminação ambiental por produtos químicos eliminada por indústrias como a Indústria de concreto no

Distrito Industrial de Uberlândia, zona que lida com o bairro Minas gerais, além da disposição de lixo em locais inadequados.

A identificação dos problemas da comunidade e a essência do trabalho na atenção primária de saúde, a análise da situação de saúde é a principal ferramenta para identificação dos mesmos sempre com a participação ativa da comunidade tanto na identificação como na solução dos mesmos, sempre com o objetivo de obter mudanças positivas a ideia é visualizar a necessidade e logo, realizar programas de intervenção capaz de demonstrar que as pessoas podem melhorar a sua capacidade de lidar com diferentes situações sociais ou condições que desenvolvem.

Com a identificação dos problemas se fez uma priorização desses problemas de saúde para estabelecer uma ordem de prioridade deles na hora da confecção e estruturação dum plano de ação operativo capaz de monitorar, supervisionar e controlar as ações ou estratégias propostas para cada problema de saúde e os recursos destinados para cada uma delas sendo necessária uma série de recursos, que são essenciais para alcançar o sucesso do mesmo, dentro deles têm tais recursos econômicos, recursos cognitivos, recursos organizacionais, entre outros. Na ocasião, cometemos o erro de dar maior importância aos recursos económicos e jogar para baixo o valor que têm todos os outros, uma situação que leva ao fracasso eminente na execução do mesmo, justamente por a baixa valorização atribuída. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir das informações obtidas da observação da comunidade, das entrevistas na comunidade com as pessoas líderes formal e não formal, das entrevistas com os profissionais da equipe de saúde, da vivência clínica, além do levantamento dos registros existentes a equipe identificou-se alguns problemas na área de atuação da UBSF. Os problemas identificados na área de abrangência da UBSF Minas Gerais foram:

- Elevada prevalência de pacientes com transtornos de Saúde Mental (Ansiedade, Depressão, Esquizofrenia, Transtorno de Pânico)
- Alta prevalência de Enfermidades Cardiovasculares.
- Aumento da incidência de Enfermidades Neoplásicas.
- Elevado número de pacientes em uso de drogas psicotrópicas com controle inadequado.

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se o tema escolhido para este trabalho, pois a equipe Minas Gerais II presta atenção a um grande número de pacientes com transtornos de saúde mental e em maior frequência para pacientes com Depressão e Ansiedade. Estes são acompanhados de outros quadros como transtornos da personalidade, transtornos dissociativos, delirantes, transtornos do sono, transtornos de humor, uso de álcool, alucinógenos, tranquilizantes, a maioria deles com controle e seguimento inadequado, e uso irracional de substâncias psicotrópica. Essa presença de sofrimento mental no ambiente familiar provoca muitas mudanças nos costumes, hábitos e rotinas da família, gerando conflitos, perda de controle, sobrecarga de cuidado, sobrecarga física, emocional e financeira.

A depressão é um problema em nossa área que afeta principalmente as mulheres, gerando alterações físicas-somáticas, problemas na convivência, perda do emprego, e uma série de consequências que pode chegar até o suicídio. A prevalência de transtornos de ansiedade e depressivos na população geral tem alcançado números entre 4% e 10%, sendo observada uma maior incidência em mulheres, variando de 10% a 25%, enquanto nos homens a porcentagem é de 5% a 12 % (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

O mesmo autor afirma que a depressão é um dos transtornos psiquiátricos de maior prevalência, muitas vezes subdiagnosticados e subtratados, e que 80% dos pacientes em tratamento antidepressivo apresentam episódios recorrentes no decorrer de suas vidas. Com um grande impacto emocional, comportamental, econômico e social para os pacientes, o que constitui um sério e custoso problema de saúde.

Os problemas de saúde mental sobrecarregam os atendimentos em nossa unidade, o que justifica a escolha do tema, com um grande número de pacientes, a maioria sem acompanhamento adequado psicológico, psiquiátrico, só contamos com psiquiatra nas tutorias uma vez ao mês e o CAPS para os casos mais graves com o qual a EBSF possui um bom vínculo com o objetivo de prestar um atendimento digno aos pacientes com sofrimento mental, muitas vezes sem apoio familiar, com seguimento irregular, pelo que se faz necessária elaborar um projeto de intervenção

na tentativa de melhora à assistência prestada ao paciente com sofrimento mental e seus familiares.

Devido à enorme carga que representam os transtornos mentais na família e na sociedade, tem se ganhado muita consciência no mundo do potencial que existe para fazer investimentos e progressos na saúde mental. Hoje com as experiências vividas na atenção primária podemos afirmar que com o adequado tratamento o paciente pode recuperar-se, pode voltar a ter uma vida produtiva e corresponder as demandas da família e a sociedade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Elaborar um plano de intervenção para melhorar o serviço prestado a pacientes com transtornos mentais pela equipe Minas Gerais II no município de Uberlândia/MG

3.2 Objetivos Específicos:

Identificar possíveis causas de Doença Mental na comunidade para controle e tratamento adequados.

Propor estratégias e implementar uma linha de cuidado para os pacientes com doença mental, incluindo alternativas de tratamento não medicamentoso.

Incentivar a integração social de pacientes com transtornos de saúde mental após tratamento.

Constituir trabalho em grupos operativos com pacientes com transtornos de saúde mental e familiares para aumentar seus conhecimentos sobre as condições da doença.

Criar grupos de apoio para a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho é um projeto de intervenção dirigido a melhorar a qualidade de vida em pacientes com transtornos de saúde mental.

Para este projeto foi utilizado o Diagnóstico Situacional, realizado com a aplicação da Metodologia da Estimativa Rápida. O Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilitou a identificação dos problemas, a priorização do problema que será objeto da intervenção, sua descrição, explicação e identificação dos nós críticos. Foram utilizados os seguintes passos: desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e definir o modelo de gestão do plano de ação. (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010)

O primeiro passo consistiu no reconhecimento do território estudado, utilizando-se para o levantamento de dados a metodologia “Estimativa Rápida” identificando-se os principais problemas de saúde da área de abrangência, bem como o conhecimento das suas causas e consequências, seguido da priorização dos mesmos com a participação dos atores envolvidos fortalecendo a viabilidade do plano, o terceiro e o quarto passo foi a descrição e a explicação dos problemas, respectivamente. Estes passos tiveram o objetivo de entender o que gera o problema a partir da identificação das suas causas. O quinto passo foi a seleção dos “nós críticos” considerados como aquelas causas que estão dentro da governabilidade dos atores responsáveis e que ao interferir sobre elas repercutem sobre o problema principal, modificando-o. O sexto passo foi o desenho das operações que teve como objetivo descrever ações para o enfrentamento dos “nós críticos”, bem como a identificação dos produtos, resultados e recursos necessários para a concretização de cada operação definida. O sétimo passo consistiu na identificação dos recursos críticos que deverão ser consumidos em cada operação. O oitavo passo foi a análise da viabilidade do plano, uma vez que o ator que está planejando não controla todos os recursos que necessários para o desenvolvimento das suas operações, desta maneira, identificou-se aqueles que controlam os recursos críticos e avaliou-se o seu provável posicionamento em relação ao problema, pois, somente após isto, foi possível definir operações/ações estratégicas

para construir a viabilidade do plano. O nono e o décimo passo referiram-se à elaboração do plano operativo e a gestão do plano, respectivamente.

Para subsidiar a construção da proposta de intervenção foram utilizados trabalhos científicos encontrados em bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais e no *Scientific Eletronic Lybrary Online* (SciELO), dentre outros. Os artigos que se encontram nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas serão selecionados conforme sua relevância e coerência com o tema proposto. Outros dados importantes que serão utilizados serão os disponíveis na secretaria municipal de saúde do município, dados do Ministério da Saúde e arquivos da ESF Minas Gerais II.

Os dados primários foram levantados através de entrevistas com informantes chaves, moradores da comunidade e funcionários mais antigos da unidade de saúde. Além da observação ativa realizada na vivência na comunidade da área de atuação da UBSF Minas Gerais II, durante as consultas médicas, acolhimento e visitas domiciliares dos ACS, enfermeira e médico, observando os problemas de saúde mais prevalentes, seguimentos de tratamento, estilos de vida dos moradores, moradia e nível de escolaridade, dentre outras informações.

O trabalho vai contar com a participação dos profissionais da equipe multidisciplinar: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS ou trabalhador social, psicólogos, terapeutas ocupacionais, em parceria com a secretária de saúde do município e população adstrita à ESF Minas Gerais II.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A Reforma Psiquiátrica, a Desinstitucionalização e a Estratégia de Saúde da Família.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um marco histórico da saúde mental e fez compreender que a dor mental é tão real como a dor física. Neste ambiente de reforma e modernização buscou-se transformar a assistência prestada ao paciente com doença mental, que se encontrava distante dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em que estava submetido a um sistema manicomial caracterizado pela hospitalização prolongada e isolamento social, provocando uma desvinculação entre o paciente e seu núcleo familiar, social e comunitário. Em 1989, a situação da saúde mental no Brasil alcançou um ponto crítico: com o movimento da Reforma Psiquiátrica, se define o Projeto de Lei 3657 que dispõe sobre a substituição dos manicômios pela assistência psiquiátrica comunitária. Em 06 de abril de 2001, esse projeto foi promulgado, tornando-se lei (Lei no. 10.216), conhecida como Lei Paulo Delgado (DELGADO et al., 2007).

O dia comemorativo do Movimento Antimanicomial é o dia 18 de maio, que corresponde ao dia de Encontro de Trabalhadores da Saúde Mental, em 1987, ligado ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Em estudo qualitativo mediante entrevistas a familiares de paciente que sofrem de doença mental, Randermark, Jorge e Queiroz (2004) afirmam que o processo de desinstitucionalização constitui uma grande responsabilidade para as famílias com portadores de doença mental. Neste cenário a família tem um rol fundamental de atitudes na tríade - cuidador-paciente-equipe de saúde. Isto faz com que o núcleo familiar se veja envolvido nos cuidados cotidianos aos pacientes que na maioria das vezes não conta com as orientações necessárias de como lidar com seus comportamentos nem como agir nos momentos das crises, gerando sobrecarga e uma série de dificuldades para as famílias que impactam negativamente na qualidade de vida. A família inicia um caminho para o qual não está preparada, com mudanças nos hábitos e costumes como resultado de estresse crônico, o que pode gerar desorganização e converter-se em uma crise familiar.

Segundo um dos Princípios Gerais da Política Nacional de Atenção Básica, a:

[...] atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2007, p.12).

Assim, a atenção básica é a porta de entrada do sistema de saúde e se articula com os outros níveis de atenção. Desenvolvida pelo exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, na forma de trabalho em equipe, que atua em populações de territórios bem delimitados. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

A atenção básica constitui o recurso assistencial sanitário para as famílias que atende em primeira linha as diferentes doenças físicas, psicológicas e demandas sócio sanitárias da comunidade em geral. É a acolhida primeira no sistema sanitário que se articula com a atenção especializada. No modelo tradicional a equipe básica, especialmente o médico considerava-se como um filtro dos pacientes com doenças psiquiátricas aos serviços especializados, hoje com a ampliação da rede assistencial, existem significativas mudanças neste aspecto, o médico da família é considerado como um componente chave no diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente. Os autores Goldberg e Huxley (1992) afirmam que 25% e 35% dos pacientes permanecem na comunidade e são capazes de identificar os sintomas e procurar ajuda médica, motivo pelo qual a atenção primária é o âmbito fundamental na detecção e abordagem nestes transtornos. (OMS, 2001).

O sofrimento e a patologia psíquica são muito frequentes entre as demandas atendidas pelos médicos na atenção primária de saúde, e nos últimos tempos tem se reconhecido e enfatizado no protagonismo das intervenções realizadas diretamente na atenção primária. De acordo com a OMS torna-se essencial a promoção da saúde mental e a prevenção dos transtornos psíquicos. Considerando

a importância de que é melhor a prevenção efetiva intersetorial atuando sobre os fatores e grupos de risco para transtornos mentais, o que gera benefícios sociais e econômicos e para a saúde, reduzindo, assim, o número das consultas médicas, as intervenções com tratamentos medicamentosos, as hospitalizações, incapacidades e evolução à cronicidade (OMS, 2001, 2004).

Segundo Lancetti e Amarante (2006), a saúde mental é o eixo da Estratégia de Saúde da Família. Os novos modelos de apoio comunitário têm como objetivo reduzir a hospitalização e assegurar a continuidade dos cuidados da equipe multidisciplinar com responsabilidade coletiva. Esta integração voltada à assistência primária diminui o número e a frequência das internações, melhora a adesão ao tratamento, a qualidade de vida, autonomia e funcionamento social do paciente. Este novo modelo de abordar as doenças mentais inclui a consideração do paciente como ser ativo e cidadão com direitos e deveres alheios aos modelos anteriores baseados na doença.

As mudanças na legislação, a aplicação de modelos mais efetivos e a ampla gama de programas e políticas públicas tem demonstrado que o melhor entorno para o tratamento e a reabilitação dos pacientes com doença mental é a família, inserida na equipe da atenção básica no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação, com o apoio dos CAPS para os casos mais graves. Anteriormente se aprimorava o tratamento da doença, o isolamento social do paciente, hoje este se caracteriza por um atendimento integral, continuado. O paciente sente-se com maior confiança para expressar seus direitos individuais, suas necessidades afetivas, criando um sentido de responsabilidade social dentro dos membros da sociedade (LANCETTI, AMARANTE, 2006).

A presença do familiar junto com o portador de doença psíquica pode gerar uma série de respostas adaptativas que podem ser funcionais ou disfuncionais e que podem levar a família a situações complexas de desequilíbrio. Borba (2008) ressalta importante considerar a sobrecarga associada a características tanto dos pacientes como dos cuidadores baseado em três dimensões:

- Sobrecarga financeira gerada pelos custos adicionais em relação ao tratamento e pela própria incapacidade do paciente e do cuidador para manter o vínculo laboral;

- A sobrecarga do cuidador, deixando suas necessidades e satisfações, tendo restrição das atividades sociais, de seu bem-estar físico, e
- A sobrecarga física e emocional com aparição de sintomas psicológicos e doenças crônicas em geral.

O anteriormente exposto implica por parte das EBS um apoio privilegiado a estas famílias, um suporte profissional e de informações facilitando a forma de lidar com os pacientes.

Hoje contamos com uma nova dimensão quanto aos protocolos de atenção à saúde mental no Brasil: o “apoio matricial”, que orienta o “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental” (BRASIL, 2011). Este tem como objetivo o atendimento em conjunto, discussão, compartilhamento de ideias, conhecimentos enfim, evitar que o paciente com doença mental seja encaminhado em busca de serviço especializado, este é um novo modelo de intervenção terapêutica, que envolve à equipe, e de ações que respondem as demandas do paciente e sua família. No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o portador de respostas resolutivas em diversos municípios, ampliando as possibilidades diagnosticas e terapêuticas. (CHIAVERINI, 2011).

Segundo Lussi (2006, p. 67), este modelo “constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população”, ou seja, as Equipes de Saúde da Família (ESF). Esse apoio matricial geralmente é oferecido pelo NASF e o profissional associado aos CAPS, oferecendo uma capacitação mútua de experiências e aprendizado.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p.9).

A ampliação da rede assistencial e o investimento das políticas públicas em sua ação integradora, a assistência à saúde mental no Brasil hoje, é oferecida por uma rede substitutiva de ações institucionalizadas, especialmente os CAPS, que apoiam as ESF, respondendo aos objetivos da reforma psiquiátrica diretamente relacionados aos princípios do SUS, responsáveis pelo acompanhamento interdisciplinar de toda uma comunidade referente ao território de atuação, que inclui além de determinada situação geográfica grande diversidade social. Contamos além disso com outros recursos como os Centros de Convivência, Grupos de Produção, Moradias, Oficinas Terapêuticas etc. De certa forma a ESF fica inserida em práticas assistenciais que substitui completamente a medicalização, facilitando ao paciente uma série de recursos afetivos (atividades coletivas, fortalecendo as relações interpessoais), sanitários (serviços de saúde), sociais (educação, emprego, moradia, religião, cultura etc.), econômicos (alimentação, sustento econômico, etc.), culturais, (MINAS GERAIS, 2006).

A Estratégia Saúde da Família nos possibilita ampliar a compreensão sobre o processo saúde-doença, estas reflexões apontam sobre a importância de uma rede assistencial de saúde bem estruturada, com inversão em políticas públicas e, principalmente, o compromisso dos setores responsáveis pelo atendimento ao paciente com doença mental (Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Mental). Diante do exposto pode-se afirmar que a reforma psiquiátrica tem demonstrado a superioridade e novas perspectivas na abordagem destes pacientes. (BANDEIRA; FREITAS; CARVALHO, 2007).

5.2 Doenças Mentais mais frequentes no contexto da Atenção Primária de Saúde.

A OMS (1986) afirma que a saúde é a condição de toda pessoa que apresenta um absoluto estado de bem-estar tanto ao nível físico como mental e social. O conceito de saúde não só é referido ao surgimento ou não de doenças e afecções: vai mais além disso incluem os hábitos e costumes das pessoas que podem trazer benefícios ou podem influir de forma negativa sobre ela. Podemos reconhecer a saúde desde duas grandes perspectivas: a saúde física e a saúde mental mais na realidade trata-se de aspectos relacionados ente si. A saúde mental

envolve todos os fatores emocionais e psicológicos que condicionam ao ser humano, suas atitudes cognitivas que permitem o desenvolvimento e resolver as eventualidades no marco da vida diária. Para alcançar um estado completo de bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer as necessidades e mudar ou lidar com o meio ambiente. Um adequado estado de saúde é importante para o desenvolvimento social, que pode ver-se favorecida ou prejudicada pelos fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e comportamentais (OMS, 2001).

É interessante e ao mesmo tempo difícil elaborar um conceito de transtorno mental, mais pode-se destacar que na gênese da doença mental existe uma alteração que influencia sobre os processos afetivos e cognitivos do desenvolvimento o que predispõe a dificuldades do arrazoamento, alterações comportamentais, na compreensão da realidade e adaptar-se as diferentes situações (OMS,2005).

Existem diferentes definições de transtorno mental (OMS, 2005, p.29) utilizadas na legislação de dois países diferentes:

“Transtorno mental” significa uma ocorrência importante de transtorno mental ou comportamento demonstrada por sintomas que indicam uma perturbação do funcionamento mental, incluindo sintomas de uma perturbação do raciocínio, temperamento, volição, percepção, orientação ou memória que estão presentes a ponto de serem considerados patológicos”.

Na mesma literatura, a OMS (2005, p.29) destaca:

“Transtorno mental” significa (a) um transtorno substancial do raciocínio, percepção, orientação ou memória que no geral prejudica o comportamento, juízo, capacidade de reconhecer a realidade ou a aptidão para atender as demandas da vida e que deixam a pessoa mentalmente insana ou (b) retardamento mental em que tal condição está associada a comportamento anormalmente agressivo ou gravemente irresponsável.

Para se determinar que uma pessoa tem uma doença mental isto deve ser regido pelos critérios de normas medicas internacionalmente aceitas. O diagnóstico não pode ser direcionado pela condição política, econômica ou social, ou por práticas religiosas. Têm sido observados significativos progressos no diagnóstico e tratamento na assistência em saúde mental e na psiquiatria médica, demonstrando

que o melhor tratamento para os transtornos mentais, para a reabilitação de pessoas que sofrem de doença mental, é aquele de base comunitária (OMS,2005).

Os estudos epidemiológicos realizados constataam que a prevalência dos transtornos mentais continua aumentando e torna-se cada vez mais significativa, causando consideráveis efeitos na saúde das pessoas e graves consequências socioeconômicas, provocando um alto grau de sofrimento individual e social, mais evidente em países em desenvolvimento (MENEZES, 1996).

São mais frequentes na população adulta os sintomas de ansiedade, depressão e doenças de base psicossomática. Segundo Santos (2002), os indivíduos que não apresentam os critérios estabelecidos para diagnóstico de depressão e/ou ansiedade são considerados como portadores de Transtornos Mentais Comuns (TMC).

As novas perspectivas na Atenção Primária da Saúde, com a implantação e a substituição do exercício da atividade profissional na saúde mental, onde o paciente é diagnosticado, tratado e reabilitado na comunidade, é importante conhecer os transtornos mentais. Pode-se considerar que os TMC estão caracterizados por um conjunto de queixas somáticas, e sintomas comuns como perda da concentração, tensão, nervosismo, perturbação do sono, irritabilidade, fadiga, alteração da memória, dores de cabeça (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Ressalta-se o impacto psicológico e social, a demanda destas pessoas pelos serviços sociais e de saúde, o qual constitui um alto custo econômico, afeta o desenvolvimento do capital humano, da produtividade, suas relações sociais, interferindo negativamente na qualidade de vida. (ALMEIDA et al., 2007).

Pesquisas epidemiológicas em saúde mental tornam evidente que o estresse cada vez mais presente na vida moderna pode explicar a alta frequência dos TMC. Existe uma grande correlação entre eles e as condições de vida desfavoráveis: baixo status social, baixo nível de escolaridade, desemprego, a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto cultural e o sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos e expectativas. Pessoas sujeitas a condições econômicas desfavoráveis, sobrecarregam suas habilidades emocionais e mentais (BANDEIRA; FREITAS; CARVALHO, 2007).

Os TMC representam não só uma imensa carga psicológica, social e econômica à sociedade como também aumentam o risco de doenças físicas e

incapacidades. Estudos constatam que os TMC representam entre o 20 e 40% das consultas na Atenção Básica, com uma alta prevalência e procura de assistência médica, e afastamento por longos períodos das atividades laborativas (GOLDBERG; HUXLEY,1992). Os profissionais encontram-se envolvidos em uma demanda cada vez maior de atendimento, o que exige uma melhor preparação e disponibilidade de recursos adequados, melhorias nas condições de trabalho numa atitude preventiva efetiva para diminuir o risco de doenças nos próprios trabalhadores da saúde, já que o estresse e a exigência laboral associam-se aos TMC (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Os transtornos psíquicos podem-se classificar em transtornos orgânicos com destaque para as demências e delirium e os não orgânicos: as psicoses em que o indivíduo tem uma percepção distorcida da realidade, se faz totalmente alheio da realidade objetiva e perde a capacidade de compreender seus pensamentos, e as neuroses em que o indivíduo compreende e é capaz de vivenciar seus pensamentos (MINAS GERAIS, 2005).

Na Atenção Primária de Saúde, dentre os transtornos mentais mais comuns temos o transtorno de ansiedade, de grande importância pelas diversas formas de apresentação: segundo Sadock e Sadock (2007) elas podem ser: Transtorno de Pânico, que constitui um problema de saúde mental importante a tratar por sua elevada frequência e demanda de atenção, em que o paciente apresenta sintomas de início agudo, acompanhado de sintomas neurovegetativos, de curta duração, sem causa orgânica aparente.

A ansiedade é um estado emocional que todas as pessoas podem sentir no decorrer da vida cotidiana; quando esta torna-se frequente ou constante na vida das pessoas pode ser patológica e considerada como um transtorno. A Linha Guia de Saúde Mental, define:

[...] A ansiedade é uma espécie de medo sem objeto definido, uma inquietação interna de matiz desagradável, uma apreensão negativa em relação ao futuro. Frequentemente se acompanha de manifestações somáticas ou fisiológicas (dispneia, taquicardia, tensão muscular, tremores, sudorese, tontura, etc.). Este sentimento, além de ser experimentado por todos nós em alguns momentos da vida, é muito comum a um certo tipo de pessoas. [...] (MINAS GERAIS 2005, p.173).

Outra patologia frequente e na maioria dos casos recorrentes são os Transtorno do Humor, com uma prevalência maior nas mulheres, e pode-se definir

como uma emoção ou comportamento das pessoas sobre as formas que estas percebem o mundo, que se manifestam por uma grande variedade de sintomas: tristeza, depressão, melancolia, euforia, mudanças nas atividades da vida diária, que comprometem as relações do paciente em todas as esferas, agrupados em Transtorno Depressivo e Transtorno Bipolar(SADOCK; SADOCK, 2007).

A depressão é uma manifestação clínica que pode estar presente em quase todos os transtornos mentais. Segundo Sadock e Sadock (2007), a pessoa deprimida vive com um grande desinteresse que se manifesta na forma de tristeza, desesperança, ausência de novos projetos e perda da capacidade de planejar o futuro, isolamento social, queixas somáticas, hipersensibilidade a rejeição. Existem critérios específicos para o diagnóstico de episódio depressivo maior onde o paciente deve incluir de dois a cinco sintomas na dependência da severidade do quadro, tais como: estado de ânimo irritável, deprimido, preocupação, autocensura ou culpabilidade excessiva, perda da concentração, perda ou ganho significativo de peso, alterações do padrão normal do sono (insônia ou hipersônia), da alimentação, perda de interesse e diminuição das capacidades pelas atividades da vida diária, ideias de morte e suicídio, temor por perda do controle emocional. O paciente apresenta uma visão totalmente negativa do mundo, de si mesmo e do futuro.

Pode-se afirmar que constitui um transtorno significativo que pode infligir grande prejuízo aos pacientes, caracterizado pela tristeza vital, e outros sintomas como desinteresse, apatia, diminuição da motricidade e das capacidades de atenção e concentração, ideação suicida, que podem variar desde episódios leves até quadros depressivos graves ou melancolia (MINAS GERAIS, 2005).

Podemos definir que a tristeza forma parte inerente da depressão mais não é um sinônimo. A tristeza é um sentimento básico natural que é experimentado por todo ser humano com a finalidade de reestabelecer o equilíbrio emocional e a depressão é uma doença que inclui a tristeza. Cada vez se torna mais frequente confundir o significado dos termos sobretudo quando o indivíduo atravessa uma etapa confusa de sua vida, situações de dor, perdas e conflitos. Muitas vezes escutamos as pessoas falar que estão deprimidas, mas na realidade experimentam um sentimento de tristeza. Considerar que a tristeza é o mesmo que depressão ou inversamente estamos magnificando a primeira e tirando o valor que a segunda requer quanto à necessidade de tratamento adequado, em que é importante

combinar o tratamento farmacológico com a psicoterapia (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2008).

Dentro dos transtornos mais graves de saúde mental temos a esquizofrenia, doença mental crônica que aparece na adolescência e início da idade adulta provocando grande sofrimento mental e necessitando às vezes de hospitalização. Ela se caracteriza por delírios, alucinações, alterações do pensamento e da afetividade (MINAS GERAIS 2005).

Cuidar do paciente mental é uma tarefa que requer uma atenção especial. A Linha Guia orienta em quanto á definição do tratamento e a elaboração do projeto terapêutico, não se trata somente de medicalização, mais do que tratar a doença temos que compreender o paciente, seus sentimentos, respeitando todos seus direitos como cidadão, escutar atentamente como o problema é percebido pelo paciente e como é percebido no âmbito familiar. Este plano de tratamento são ações planejadas, sempre que seja possível contando com o consentimento do paciente, respeitando as particularidades individuais, assim logramos sua participação ativa e a intervenção da família como parte fundamental do projeto terapêutico (MINAS GERAIS, 2006).

Dalgalarrondo (2008), em relação ao tratamento da doença mental, afirma que é mais amplo e complexo do que outras patologias e a importância da semiologia e da psicopatologia como ferramenta principal da abordagem medica o que permite chegar ao raciocínio clínico criterioso. Nesta matéria de conhecimentos relacionados à função cerebral e a relação corpo cérebro tem tido muitos avanços gerando novas abordagens de tratamento.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano de intervenção diz respeito ao problema de saúde identificado como prioritário, em 2016, pela equipe Saúde da Família de Minas Gerais II, localizada no município de Uberlândia-MG, elaborado após planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) conforme a seguir:

6.1. Primeiro Passo – Identificação dos Problemas

Para a elaboração de um plano de ação é importante a identificação dos problemas do território com a participação ativa da comunidade, o que favorece a colaboração da população para a execução do plano de intervenção.

Os principais problemas identificados em nossa área foram:

- Elevada prevalência de pacientes com transtornos de Saúde Mental (Ansiedade, Depressão, Esquizofrenia, Transtorno de Pânico)
- Alta prevalência de Enfermidades Cardiovasculares.
- Aumento da incidência de Enfermidades Neoplásicas.
- Elevado número de pacientes em uso de drogas psicotrópicas com controle inadequado

6.2 Segundo Passo – Priorização dos Problemas

Após a identificação dos problemas e necessidades de saúde, a equipe, antes de elaborar o programa de ações, discutiu e escolheu aquele problema que considerou prioritário, a partir de uma ordem decrescente de prioridade, utilizando-se os critérios “relevância”, “urgência” e “capacidade de enfrentamento”, conforme mostrado no Quadro 2.

Quadro 2. Classificação de Prioridades para os problemas identificados no Diagnóstico da Comunidade da UBSF Minas Gerais II-UBERLANDIA/MG-2016

Principais Problemas.	Importância	Urgência.	Capacidade de Afrontamento.	Seleção.
Elevada prevalência de pacientes com transtornos de saúde mental	Alta	8	Parcial	1
Alta prevalência de enfermidades cardiovasculares	Alta	7	Parcial	2
Aumento da incidência de câncer	Alta	6	Parcial	3
Elevado número de pacientes em uso de Drogas Psicotrópicas com controle inadequado.	Alta	6	Parcial	4

Fonte: Equipe UBSF Minas Gerais 2016.

O problema priorizado na UBSF Minas Gerais para a elaboração de um plano de ação foi: Elevada prevalência de pacientes com problemas de saúde mental.

6.3 Terceiro Passo – Descrição do Problema Selecionado.

O Terceiro passo se refere à descrição do problema “priorizado”, para compreender o que realmente se quer enfrentar e para identificar indicadores que poderão ser utilizados para analisar a eficácia e eficiência dos resultados alcançados pelo plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Indicadores que devem ser acompanhados pelo Programa Saúde da Família através de grupos educativos e visitas domiciliares e o Sistema de Informação da Atenção Básica.

No Quadro 3 a seguir encontram-se descritos os indicadores e respectivos valor e fontes de pesquisa.

Quadro 3. Descritores de problema de Saúde Mental na UBSF Minas Gerais II- Uberlândia/MG-2016.

Indicador	Valor	Fontes
Ansiedade	192	Registro da equipe
Depressão	173	Registro da equipe
Esquizofrenia	38	Registro da equipe
Transtorno de pânico	23	Registro da equipe

Fonte: Equipe UBSF Minas Gerais II 2016.

Como vemos, no Quadro 3 o transtorno mental predominante foi a Ansiedade (5,6%) do total da população cadastrada, seguido da Depressão (5,0%), a Esquizofrenia (1,1%) e Transtorno do Pânico (0,6%). Estes pacientes se caracterizam por um elevado consumo de drogas psicotrópicas (benzodiazepínicos, antidepressivos), e alta dependência dos mesmos, temos grupos mais vulneráveis como são pessoas idosas, pessoas com doenças crônicas, as doenças incapacitantes, famílias disfuncionais, etilismo.

6.4. Quarto Passo - Explicação do problema selecionado.

No estudo e levantamento de dados da comunidade identificamos fatores biológicos, socioeconômicos, relacionados ao estilo de vida e os serviços de saúde diretamente relacionados a aparição e/ou agravamento de doenças psiquiátricas que inclui:

- 1-Pressão social, entre eles violência e desemprego.
- 2-Hábitos e estilos de vida inadequados como alcoolismo e droga-dicção.
- 3-Irregularidade nas consultas médicas.
- 4-Famílias disfuncionais.
- 5-Problemas educacionais, ocupacionais.

Para a execução de um plano de ação que permita atuar e modificar a condição de saúde de pacientes com doença mental devem ser tomadas medidas para agir sobre esses fatores que levam ao aparecimento destas doenças, incluindo a medicina preventiva.

6.5. Quinto Passo - Seleção dos nós críticos.

O quinto passo consiste na identificação dos “nós críticos”, o que significa fazer uma análise seletiva entre os diferentes fatores identificados como causais, aqueles considerados mais importantes na origem do problema que quando “atacado” é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo de forma efetiva. Estas causas devem estar dentro das possibilidades de governabilidade dos atores selecionados como responsáveis, os que devem contar com capacidade de enfrentamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram selecionados os “nós críticos”, ou seja, as causas de um problema que quando manifestadas são capazes de impactá-lo ou transformá-lo. Esses nós críticos foram definidos pela equipe de saúde, segundo a opinião de cada profissional, chegando a acordos comuns mediante a experiência de cada um em suas áreas de atuação.

1- Doenças crônicas: as doenças crônicas provocam mudanças significativas na vida dos pacientes, afetando sua qualidade de vida, precisando de estratégias de afrontamento para conseguir controlar a situação. As emoções no momento de adaptação à doença criam um desequilíbrio emocional, devido a descompensação frequente por desconhecimento, falta de informação que eles têm em relação à sua doença, cura ou irreversibilidade do processo, controle inadequado, mau uso de medicamentos, falta de capacitação do cuidador de pacientes com transtorno de saúde mental.

2- Pressão social (desemprego, violência): desemprego e da violência no país estão entre as principais causas de estresse constante. O desemprego leva ao isolamento social, as pessoas sentem-se inseguras, desvalorizadas, tem grande repercussão no âmbito familiar e consequências psicológicas negativas, além do preconceito que geram as doenças mentais para a inserção dos pacientes na comunidade, até para os mesmos conseguir emprego.

3- Hábitos e estilos de vida inadequados: pessoas que consomem álcool, e/ou com dependência química, causa instabilidade nestes pacientes e seus familiares, os quais muitas vezes não conseguem lidar com eles, gerando uma diversidade de conflitos e desestruturação familiar, como dissolução do casamento, divórcios, novas famílias, sobrecarga das funções da mulher no seio familiar, deterioro da qualidade de vida familiar, grave repercussão laboral e econômica.

4- Família disfuncional: a família que não é capaz de cumprir suas funções (materiais, educativas, afetivas, psicológicas) gera problemas que envolve a todos seus membros, principalmente as crianças, já que crescer em uma família disfuncional afeta o desenvolvimento psicológico e emocional, o que favorece o surgimento de comportamentos violentos, produz estresse e maltrato psicológico.

5- Falta de regularidade nas consultas e de acompanhamento médico: uma adequada frequência nas consultas médicas contribui grandemente no manejo do paciente com doença mental. O paciente não reconhece a importância de comparecer nas consultas, de sua colaboração consciente e comprometimento com o tratamento o que causa falha na boa relação médico-paciente e ineficácia no controle e tratamento. O agendamento do paciente nas tutorias de psiquiatria geralmente ocorre com período longo de antecedência já que são só uma vez no mês e com capacidade reduzida em quanto ao número de atendimento, que em nossa área gera grande demanda.

6.6 Sexto Passo - Desenho das operações.

O Quadro 4 mostra o desenho das operações a serem realizadas na abordagem dos nós críticos já descritos. Foram nomeadas as operações sugeridas, e descritos resultados esperados, produtos esperados, e recursos necessários para aplicação deste projeto de intervenção.

Quadro 4- “Proposta de Operações necessárias para soluções dos nós críticos”

Nó crítico.	Operação/ Projeto	Resultados Esperados.	Produtos Esperados.	Recursos necessários.
Doença Crônica	<p>Saber Mais</p> <p>Aumentar conhecimento da população sobre doenças crônicas, características da doença, tratamento, complicações e reabilitação.</p>	<p>População com mais conhecimentos sobre doenças crônicas, compensação e controle, evitando assim o desequilíbrio emocional.</p>	<p>Pacientes e familiares capacitados para o enfrentamento de sua doença.</p> <p>Campanha educativa na rádio local: Educação para uma ótima saúde mental.</p> <p>Capacitação de grupos operativos em Saúde Mental.</p>	<p>Cognitivo:</p> <p>Adequada capacitação sobre o tema.</p> <p>Organizacional: adequada organização da Agenda e pessoal para grupos operativos.</p> <p>Político:</p> <p>Articulação entre os diferentes setores (educação, cultura). Adesão da população.</p> <p>Financeiro:</p> <p>recursos materiais necessários como folhetos, condicionamento do lugar de atuação.</p>
<p>Pressão Social</p> <p>(desemprego, violência)</p>	<p>Viver melhor:</p> <p>Aumentar informações sobre ofertas de empregos, e opções de trabalho.</p>	<p>Ocupação produtiva do tempo livre, em dependência das características e interesses de cada paciente.</p>	<p>Programa de divulgação de informações sobre empregos disponíveis, criação de grupos técnicos, oficinas de artesanato. Programa da cultura da paz.</p>	<p>Cognitivos:</p> <p>Conhecimentos sobre disponibilidade de empregos.</p> <p>Organizacional: Organização da agenda e pessoal envolvido nas atividades.</p> <p>Políticos:</p> <p>Aprovação do projeto, articulação Inter setorial. Adesão da</p>

				população. Financeiros: Financiamento dos projetos (Folhetos de informação do tema, recursos e acondicionamento do local)
Hábitos e Estilos de Vida inadequados.	Mais Saúde: Propor ações sobre hábitos e estilos de vida favoráveis à saúde.	Diminuir 20% o número de pacientes alcoólicos e drogo-dependentes, diminuindo assim à instabilidade emocional neles e suas famílias. Melhorar a qualidade de vida. Diminuir fatores de risco de doenças crônicas.	Criação de grupos de alcoólicos e drogados. Programa na rádio local para promover ações favoráveis à saúde mental. Inserção do paciente nos Centros de Convivência: melhora a qualidade de vida.	Cognitivo: Realizar oficinas de capacitação profissional. Organizacional: Organização da Agenda e pessoal para os grupos, seleção dos temas que serão compartilhados. Político: Articulação Inter setorial, rede social, educação, cultura, agendas espaço na rádio comunitária. Financeiros: Recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Famílias Disfuncionais.	Viver Juntos: Incentivar uma convivência familiar mais funcional.	Melhor inter-relação, comunicação e vínculos afetivos entre os membros da família.	Criação de grupos de orientação e busca de soluções a conflitos familiares. Promover atividades para identificar as diferentes	Cognitivo: Capacitação dos profissionais sobre técnicas abordagem familiar. Organizacional: Planejamento do trabalho na realização de grupos e visitas

			<p>crises familiares.</p> <p>Atividades com a família que permitam o fortalecimento de valores.</p>	<p>domiciliares.</p> <p>Político: Articulação Inter setorial, integralidade com organizações comunitárias.</p> <p>Financeiros: Recursos audiovisuais folhetos informativos sobre o tema.</p>
<p>Falta de regularidade e nas consultas e de acompanhamento médico</p>	<p>Linha de Cuidados em Saúde Mental</p>	<p>Tratamento realizado com êxito.</p> <p>Acompanhamento adequado dos casos.</p>	<p>Regularidade nas consultas e adesão ao tratamento efetivo.</p> <p>Implementar a linha de cuidados para pacientes com problemas de saúde mental.</p>	<p>Cognitivo: discutir em reuniões de equipe a importância destas ações que aderem este paciente da unidade de saúde.</p> <p>Organizacional: reorganização dos planos de trabalho.</p> <p>Político: Articulação intersetores, interdisciplinar, mobilização social.</p> <p>Financeiro: Disponibilidade adequada de pessoal e rede de atenção.</p>

6.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.

Uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano de ação é a identificação de recursos críticos a serem consumidos para execução das operações.

Quadro 5- Recursos Críticos para o desenvolvimento das operações.

Operação/Projeto.	Recursos Críticos.
Saber Mais	Político: Articulação entre os diferentes setores (educação, cultura). Adesão da população.
Viver Melhor	Político: Aprovação do projeto, articulação Inter setorial. Adesão da população. Financeiros: Financiamento dos projetos (Folhetos de informação do tema, recursos e acondicionamento do local)
Mais Saúde	Político: Articulação Inter setorial, rede social, educação, cultura, agendas espaço na rádio comunitária. Financeiros: Recursos audiovisuais, folhetos educativos
Viver Juntos	Organizacional: Planejamento do trabalho na realização de grupos e visitas domiciliares. Financeiros: Recursos audiovisuais folhetos informativos sobre o tema.
Linha de Cuidado	Organizacional: reorganização dos planos de trabalho. Financeiro: Disponibilidade adequada de pessoal e rede de atenção.

6.8 Oitavo Passo: Análise da Viabilidade do Plano.

O quadro 6 apresenta as variáveis fundamentais para a viabilidade de um plano: Quais são os atores que controlam os recursos críticos, quais são os recursos críticos que cada um desses atores controla e a motivação de cada ator em relação aos objetivos do plano.

Quadro 6 – Proposta de Ações para a motivação dos atores e viabilização das operações.

Operação/ Projeto	Recursos Críticos.	Ator que controla.	Motivação.	Ações Estratégicas.
Saber Mais	Político: Articulação entre os diferentes setores (educação, cultura). Adesão da população.	Secretaria Municipal de Saúde, Setor de Comunicação Social.	Favorável.	Apresentar projeto, apoio Inter setorial.
Viver Melhor	Políticos: Aprovação do projeto, articulação Inter setorial. Adesão da população. Financeiros: Financiamento dos projetos (Folhetos de informação do tema, recursos e acondicionamento do local).	Associações de Barrios. Secretaria Municipal de Saúde. Defesa Civil.	Favorável. Favorável. Indiferente.	Apresentar o projeto, apoio das instituições.
Mais Saúde	Político: Articulação Inter setorial, rede social, educação, cultura, agendas espaço na rádio comunitária. Financeiros: Recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Secretaria Municipal de Saúde. Assistência Social, Associação do Bairro.	Favorável. Favorável.	Apresentar o projeto, apoio das instituições.

Viver Juntos	Organizacional: Planejamento do trabalho na realização de grupos e visitas domiciliares. Financeiros: Recursos audiovisuais folhetos informativos sobre o tema.	Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Comunicação Social.	Favorável. Favorável.	Apresentar o projeto, apoio das instituições.
Linha de Cuidado	Organizacional: reorganização dos planos de trabalho. Financeiro: Disponibilidade adequada de pessoal e rede de atenção.	Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável.	Apresentar o projeto, apoio das instituições.

6.9 Nono Passo: Elaboração do Plano Operativo.

A EBSF tem o papel central neste projeto de intervenção. O seguinte quadro apresenta como a equipe fica envolvida no cumprimento e execução das operações, de forma integral e acorde ao prazo definido para cada uma das operações estratégicas.

Quadro 7- Plano Operativo para o enfrentamento do problema priorizado “Elevada prevalência de pacientes com transtornos de saúde mental” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde Minas Gerais II.

Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazos
Doença Crônica	Saber Mais Aumentar conhecimento da população sobre doenças crônicas, características da doença, tratamento, complicações e	Pacientes e familiares capacitados para o enfrentamento de sua doença. Campanha	Pacientes e familiares capacitados para o enfrentamento de sua doença. Campanha	Medica e Enfermeira. Psicóloga.	Início em 3 meses, termino em 12 meses. Início em 3 meses, termino

	reabilitação	educativa na rádio local: Educação para uma ótima saúde mental. Capacitação de grupos operativos em Saúde Mental.	educativa na rádio local: Educação para uma ótima saúde mental. Capacitação de grupos operativos em Saúde Mental.	Medica.	em 12 meses. Início em 3 meses, termino em 6 meses.
Pressão Social	Viver melhor: Aumentar informações sobre ofertas de empregos, e opções de trabalho. Diminuir desemprego e violência	Ocupação produtiva do tempo livre, em dependência das características e interesses de cada paciente.	Programa de divulgação de informações sobre empregos disponíveis, criação de grupos técnicos, oficinas de artesanato. Programa da cultura da paz.	Equipe da UBSF, Assistente Social. Equipe da UBSF.	Início em 2 meses, termino em 12 meses Início em 3 meses, termino em 12 meses.
Hábitos e estilo de vida inadequados	Mais Saúde: Propor ações sobre hábitos e estilos de vida favoráveis à saúde.	Diminuir 20% o número de pacientes alcoólicos e drogado-dependentes, diminuindo assim à instabilidade emocional neles e suas famílias. Melhorar a qualidade de vida.	Criação de grupos de alcoólicos e drogados. Programa na rádio local para promover ações favoráveis à saúde mental. Inserção do paciente nos	Medica, Enfermeira. Medica, enfermeira, psicóloga. Medica,	Início em 2 meses, termino em 12 meses. Início em 3 meses, termino em 12 meses. Início em 3 meses, termino

		doenças crônicas	Centros de Convivência: melhora a qualidade de vida.	Enfermeira, psicóloga.	em 12 meses.
Famílias Disfuncionais	Viver Juntos: Incentivar uma convivência familiar mais funcional.	Melhor inter-relação, comunicação e vínculos afetivos entre os membros da família.	Criação de grupos de orientação e busca de soluções a conflitos familiares. Promover atividades para identificar as diferentes crises familiares. Atividades com a família que permitam o fortalecimento de valores.	Psicóloga, assistente Social. Assistente Social, ACS. Médica, psicóloga, assistente social.	Início em 3 meses, termino em 12 meses. Início em 2 meses, termino em 12 meses. Início em 2 meses, termino em 12 meses.
Falta de regularidade e nas consultas e de acompanhamento médico.	Linha de Cuidados em Saúde Mental	Tratamento realizado com êxito. Melhor acompanhamento dos casos.	Regularidade nas consultas e tratamento efetivo. Implementar a linha de cuidados para pacientes com problemas de saúde mental.	Médica, enfermeira, ACS. Secretaria Municipal de Saúde.	Início em 1 mês, termino em 12 meses. Início em 2 meses, termino em 12 meses.

6.10 Decimo Passo: Gestão do Plano.

Quadro 8 Planilhas para o acompanhamento do projeto

Gestão do plano das ações para o enfrentamento do problema “Elevada prevalência de pacientes com transtornos de saúde mental” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde Minas Gerais II.

Operação: Saber Mais.

Aumentar conhecimento da população sobre doenças crônicas, características da doença, tratamento, complicações e reabilitação.

Produtos esperados	Responsável	Prazos	Justificativa	Novos Prazos
Pacientes e familiares capacitados para o enfrentamento de sua doença. Campanha educativa na rádio local: Educação para uma ótima saúde mental. Capacitação de grupos operativos em Saúde Mental.	Medica e enfermeira.	Início em 3 meses, termino em 12 meses.		
	Psicóloga.	Início em 3 meses, termino em 12 meses.		
	Medica.	Início em 3 meses, termino em 6 meses.		

Operação: Viver Melhor.

Aumentar informações sobre ofertas de empregos. Diminuir desemprego e violência.

Produtos esperados	Responsável	Prazos	Justificativa	Novos Prazos
Programa de divulgação de informações sobre empregos disponíveis, criação de grupos técnicos, oficinas de artesanato.	Equipe da UBSF. Assistente Social.	Início em 2 meses, termino em 12 meses		
Programa da cultura da paz	Equipe da UBSF	Início em 3 meses, termino em 12 meses.		

Operação: Mais Saúde.

Propor ações sobre hábitos e estilos de vida favoráveis à saúde.

Produtos esperados	Responsável	Prazos	Justificativa	Novos Prazos
Criação de grupos de alcoólicos e drogados.	Medica, Enfermeira.	Início em 2 meses, termino em 12 meses.		
Programa na rádio local para promover ações favoráveis à saúde mental.	Medica, enfermeira, psicóloga.	Início em 3 meses, termino em 12 meses.		
Inserção do paciente nos Centros de Convivência: melhora a qualidade de vida.	Medica, Enfermeira, psicóloga	Início em 3 meses, termino em 12 meses.		

Operação: Viver Juntos.

Incentivar uma convivência familiar mais funcional.

Produtos esperados	Responsável	Prazos	Justificativa	Novos Prazos
<p>Criação de grupos de orientação e busca de soluções a conflitos familiares.</p> <p>Promover atividades para identificar as diferentes crises familiares.</p> <p>Atividades com a família que permitam o fortalecimento de valores.</p>	<p>Psicóloga, assistente Social.</p> <p>Assistente Social, ACS.</p> <p>Medica, psicóloga, assistente social.</p>	<p>Início em 3 meses, termino em 12 meses.</p> <p>Início em 2 meses, termino em 12 meses.</p> <p>Início em 2 meses, termino em 12 meses.</p>		

Operação: Linha de Cuidados em Saúde Mental.

Produtos esperados	Responsável	Prazos	Justificativa	Novos Prazos
<p>Regularidade nas consultas e adesão ao tratamento efetivo.</p> <p>Implementar a linha de cuidados para pacientes com problemas de saúde mental.</p>	<p>Medica, enfermeira, ACS.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>Início em 1 mês, termino em 12 meses.</p> <p>Início em 2 meses, termino em 12 meses.</p>		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com a implementação deste plano de intervenção melhorar a assistência aos pacientes com sofrimento mental da UBSF Minas Gerias II, melhorando assim sua qualidade de vida, mantendo melhor controle sobre as causas desencadeantes do problema priorizado a “elevada prevalência de pacientes com transtornos de saúde mental”, proporcionando uma atenção integral, a partir de uma linha de cuidado mais ampliada, afastando os nossos cuidados do que ocorre na maioria das intervenções em saúde mental que ainda estão orientadas pela prática da psiquiatria tradicional. Várias ações foram propostas para seu enfrentamento: “Saber Mais”; “Viver Melhor”, “Mais Saúde”; “Viver Juntos” e “Linha de Cuidados em Saúde Mental”.

O plano de intervenção visa garantir o incremento das ações de promoção e prevenção de saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias assim como o compromisso dos diferentes atores responsáveis e envolvidos no cumprimento das metas, orientados pelos princípios do SUS, enfatizando o acesso, a integralidade e o controle social.

REFERENCIAS

ALMEIDA, A. M. et al. Common mental disorders among medical students. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 245-51. 2007.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; CARVALHO, J. G. T. **Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p.41-47, 2007.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596,2010.

BRANT, L.C.; MINAYO-GOMEZ, C. Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. *Interface-Comunicação Saúde Educação*. v.12, n.26, p.667-676, jul./set. 2008.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Censo2010**. Brasília [online], 2015a. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/pt/>> Acesso em 13 jan. 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília [online], 2015b. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.gr/pt/> > Acesso em 14 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES**. 2015c. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br> > Acesso em: 16 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/docs/publicações/pactos_vol_4 >Acesso em 29 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CHIAVERINI, D.H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental/ [et al.]**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DALGALARRONDO, P. **Psicologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. - **Common mental disorders: a bio social model**, London, Ed. Tavistock; 1992.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M.; organizadores. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Ed. Hucitec; p. 615-34.2006.

LUSSI, I. A. O. **Reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral**. Tese de doutorado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, 2006.

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.

MENDONÇA, R.T; CARVALHO, A.C.D. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.13 (número especial), p. 1207-1212, 2005.

MENEZES, P.R. Princípios de Epidemiologia psiquiátrica. In: ALMEIDA, O.P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de Psiquiatria**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, p.43-55.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Linha Guia de Saúde Mental. 2.ed. Belo Horizonte: SAS/MG,2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE (OMS). **Direitos humanos e legislação: cuidar sim, excluir não**. Genebra, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE (OMS). **Ottawa charter for health promotion**. First international conference on health promotion. 21 November 1986. Ottawa. HO/HPR/95.1. Disponível em: <<http://www.int/hpr/NPH/docs/Ottawacharterhp.psf>>. Acesso em 17 mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001.

RANDERMARK, N.F.R; JORGE, M.S.B; QUEIROZ, M.V.O. A Reforma Psiquiátrica no Olhar das Famílias. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**.v.13, n. 4, p. 543-550, Out- Dez. 2004.

RIBEIRO, L. M.et. al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 376-382, jun.2010.

SADOCK, B. J., SADOCK, V. A. **Compendio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed. São Paulo: Artmed, 2007.

SANTOS, M. E. S. B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

SILVA, M. B. B. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica no Brasil: Sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, v.8, p 303-321, jun. 2005.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Banco de Dados Integrados de Uberlândia (BDI) 2015**. Uberlândia, 2015a, v.1, 65 p.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Banco de Dados Integrados de Uberlândia (BDI) 2015**. Uberlândia, 2015b, v.3, 65 p.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Caderno Informativo: Políticas Públicas Sociais Setoriais da Rede do Município de Uberlândia**. Uberlândia, 2015c, 201 p.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Áreas de Abrangência 2015**. Uberlândia, 2015d, 20 p.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde-SMS. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Uberlândia, 2013, 98 p.