



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Nathanael de Oliveira e Silva

Saúde Mental na Atenção Básica (AB): Implementado  
novas práticas.

Florianópolis, Abril de 2017



Nathanael de Oliveira e Silva

Saúde Mental na Atenção Básica (AB): Implementado novas práticas.

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

Orientador: Dalvan Antônio de Campos  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017



Nathanael de Oliveira e Silva

Saúde Mental na Atenção Básica (AB): Implementado novas práticas.

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

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Dalvan Antônio de Campos**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017



# Resumo

**Introdução:** A equipe de Saúde da Família (eSF) 001 de Luiz Alves tem como Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência a UBS de CNES 5445507, localizada às margens da rodovia SC 414, Km 03. Esta eSF atende uma população de 5.206 indivíduos. No acompanhamento da população adscrita, em média 3 atendimentos por dia são decorrentes de problemas relacionados à saúde mental. Esse dado expõe parcialmente a dimensão da prevalência dos Transtornos da Saúde Mental (TSM) na comunidade, apesar de a prevalência real ainda não ser relatada na literatura. Apesar da inexistência desse dado da comunidade até o momento, é sabido que problemas dessa natureza tem tido cada vez mais relevância na saúde pública brasileira e mundial, e por isso, devem ser foco de ações dos profissionais de saúde, principalmente os que compõe a Atenção Básica (AB), principal porta de entrada dos usuários para o acesso aos serviços de saúde pública. **Objetivo:** Este projeto tem como objetivo reformular a abordagem terapêutica aos usuários com diagnósticos de TSM na UBS de CNES 5445507 do município de Luiz Alves, Santa Catarina. **Metodologia:** As ações que se pretende implantar com esse projeto são: levantamento epidemiológico, implementação de consulta de matriciamento, criação de grupos de ação, criação de rede de cuidados compartilhados e implementação de consultas com tempo estendido. **Resultados Esperados:** Com esse projeto espera-se o diagnóstico da realidade da saúde mental na comunidade, bem como implementação de práticas mais modernas sobre o assunto na AB. Dessa forma, pretende-se realizar uma assistência mais humanas e efetiva aos portadores de TSM.

**Palavras-chave:** Atenção Básica, Saúde Mental, Projeto de Intervenção





# Sumário

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



# 1 Introdução

A Colônia Luiz Alves, atualmente cidade de Luiz Alves, foi colonizada majoritariamente por imigrantes italianos, embora no momento de sua chegada, já vivessem no local, algumas famílias de imigrantes açorianos. Além destes, também vieram alemães (segundo maior etnia do local), austríacos, belgas, poloneses e franceses. A Colônia foi elevada a município no ano de 1958, pela lei N°. 348 de 21 de junho deste mesmo ano (PMLA, 2014). O município é um grande produtor de banana e cachaça, fazendo com que essas duas atividades absorvam grande parte da mão de obra local, além de atrair trabalhadores de outras cidades e regiões (IBGE, 2006).

Dentre as equipes de Saúde da Família (eSF) existentes no município, as atividades deste projeto de intervenção serão realizadas junto a ESF 001. Esta eSF atende os bairros Centro, Vila do Salto, Dom Bosco e Braço da Onça e tem como Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência a UBS de CNES 5445507, localizada às margens da rodovia SC 414, Km 03.

A organização social destas comunidades dá-se principalmente nos âmbitos econômicos e religiosos. No município, a convivência social ocorre de forma harmônica e sem conflitos dignos de nota, como ocorre na maioria dos municípios do estado. O forte culto a tradição religiosa, tanto católica quanto evangélica, faz com que nas datas de comemorações religiosas haja grande movimentação na vida social da cidade, segundo relatos da população local. O território possui também, em sua área de abrangência, 2 grandes fábricas têxteis: Rovitex e Dudalina. Ambas são grandes polos de atividade econômica e, conseqüentemente, grandes contratadores de mão de obra.

A população adscrita conta com os seguintes órgãos prestadores de serviço público: Educacionais: Escola de Educação Básica Tenente Anselmo José Hess e Escola de Educação Básica João Gaya, responsáveis pelo ensino infantil, fundamental e médio e uma creche. Além da atividade pedagógica a Escola de Educação Básica João Gaya tem em sua estrutura a Biblioteca Pública Municipal Prof<sup>o</sup> Pedro Mees, a única biblioteca pública do município; de assistência social: CRAS - Centro de Referência de Assistência Social, uma unidade pública estatal descentralizada da Política de Assistência Social, responsável pela organização e oferta de Serviços da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social – SUAS; de saúde pública: uma UBS com eSF atuante e um hospital que presta serviço de urgência e emergência, a toda a cidade, 24 horas por dia. Além disso, no território estão alocadas 2 igrejas: São Vicente de Paula e Igreja Santa Paulina, 3 locais para prática de atividades físicas, uma academia da saúde e 2 academias ao ar livre, que ficam abertas 24 horas por dia, com livre acesso para toda a população e o pavilhão da FENACA, a Festa Nacional da Cachaça que anualmente atrai centenas de visitantes para o local.

Devido à proximidade com o Rio Luiz Alves, grande parte do território de abrangência da ESF 001 fica constantemente sob o risco de alagamentos. A história da região é farta em episódios desta natureza, sendo o mais recente o de 2011 quando após uma intensa chuva de apenas 3 horas, inúmeros prejuízos foram contabilizados, diversas áreas ficaram alagadas e algumas localidades isoladas pela queda de uma ponte. Além dos prejuízos financeiros os alagamentos são importantes agravantes em relação a situação sanitária da população.

A taxa de analfabetismo no município, em 2010, foi de 5,1 índice baixo quando comparada com a média nacional, que foi de 9,6 no mesmo ano (IBGE, 2010). Em relação a população que atualmente frequena as instituições de ensino, os dados oriundos da Prova Brasil de 2013 demonstraram que dos alunos de 5ª série apenas 62% aprenderam o adequado na competência de leitura e interpretação de textos e apenas 66 % aprenderam o adequado em matemática. Já para os alunos da 9ª série os indicadores são ainda piores. Apenas 27 % aprenderam o adequado em português e 16% o adequado em matemática. Os resultados locais, mesmo que insatisfatórios, superam a médias nacionais e estaduais (INEP, 2013).

O saneamento básico no território de abrangência funciona de forma adequada na área central, com ligação a rede de esgoto. Porém, a medida que afasta-se da zona central, a cobertura da população torna-se precária com grande parte do esgoto sendo escoado para fossas e, não raramente, para córregos e rios, o que torna-se um problema ambiental e de saúde pública para a própria população, principalmente nos períodos de chuva. Semelhante ao que ocorre com o saneamento, o padrão de moradia também decresce a medida que afasta-se da zona central. Nesta região, as residências e estabelecimentos comerciais são construídos de forma adequada e segura, porém, nas zonas mais periféricas do território, as moradias tornam-se gradualmente mais precárias e inseguras. Nessas regiões, muitas das residências são construídas de forma inadequada e em locais impróprios. Tal fato, reflete a desigualdade socioeconômico existente no território, que tem relação direta nos indicadores de saúde.

A ESF 001 atende uma população absoluta de 5.206 habitantes. Destes 864 são menores de 20 anos, 1.484 tem de 10 a 59 anos e 1.994 tem acima de 60 anos. Essa população é composta em sua maioria por mulheres, em um total de 2.714. Por semana, são realizadas aproximadamente 70 consultas médicas, além de diversos outros procedimentos realizados pelos demais profissionais da eSF (SISAB, 2016). A ESF 001 conta com o apoio de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) formada por psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista, que atuam 4 horas por semana de forma exclusiva com a ESF 001.

Os cinco motivos que mais levam pessoas a procurar a UBS são: queixas relacionadas a saúde mental (não especificado), HAS, DM II, lombalgia e pré-natal. No território, 271 pessoas são portadoras de HAS e 71 de DM (SISAB, 2016). Baseando-se nesses da-

dos, evidencia-se uma prevalência de HAS de 5,2% e de DM II de 1,3%. Estes valores estão abaixo do padrão brasileiro de prevalência no que se refere a ambas as patologias (SBC, 2010) (SBD, 2016), o que pode, possivelmente, significar uma subnotificação e/ou subdiagnóstico. Em relação às desordens psiquiátricas, como depressão, transtornos de ansiedade, transtornos do sono, abuso/dependência de álcool e outras drogas, dentre outras, a prevalência na população adscrita ainda não encontra-se relatada na literatura de forma atualizada, sendo um dos focos deste trabalho.

Na comunidade, cujo território, bem como a população, estão ligadas a ESF 001, é elevado o número de pacientes que comparecem às consultas com queixas relacionadas a transtornos relacionados a saúde mental. Segundo dados cadastrados em novembro de 2016 (SISAB, 2016), 58 pessoas com queixas relacionadas a saúde mental foram atendidas naquele mês, o que corresponde a uma média de 3 pacientes por dia de funcionamento da unidade. Estes, de modo geral, tem recebido tratamento muito aquém do preconizado na literatura, distanciando-se do princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Apesar da saúde mental fazer referência a uma ampla gama de patologias, com diversas peculiaridades e abordagens terapêuticas, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), as queixas mais frequentes dos usuários são relacionadas a sintomas relacionados ao espectro da depressão (tristeza, ansiedade, insônia, dentre outros). Esses agravos, além do componente orgânico, apresentam grande relação patológica com fatores comportamentais dos indivíduos acometidos. Por esse motivo, já está consagrado na literatura a respeito, que a abordagem terapêutica desses pacientes passa, não apenas pelo uso de medicações psicotrópicas, mas, principalmente, pela abordagem dos fatores comportamentais dos mesmos, através de um acompanhamento multidisciplinar longitudinal (BRASIL, 2013).

Diante disso, torna-se fundamental uma reformulação do modo como a atenção à saúde mental tem sido abordada até então pela ESF. Essa reformulação, visa adequar a abordagem terapêutica realizada às diretrizes do Ministério da Saúde (MS), como expõe de o fragmento a seguir:

”as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde”(BRASIL, 2013).

Tal reformulação tem o intuito de proporcionar uma melhor assistência aos diversos pacientes que sofrem de transtornos relacionados a saúde mental na área de atuação

da ESF. Nesse sentido, intervenções relacionadas a esta temática são fundamentais na Atenção Básica (AB), o que justifica o desenvolvimento desse projeto de intervenção.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Reformular a abordagem terapêutica aos usuários com diagnósticos de transtorno de saúde mental na Unidade Básica de Saúde (UBS) de CNES 5445507 do município de Luiz Alves - SC.

### 2.2 Objetivos Específicos

Realizar levantamento de atualização dos usuários com diagnóstico de transtornos de saúde mental na população adscrita.

Estabelecer com a equipe multiprofissional estratégias para abordagem aos usuários com diagnóstico de transtornos de saúde mental.

Criar grupo multiprofissional para abordagem e acompanhamento dos usuários com diagnósticos de transtornos de saúde mental.





### 3 Revisão da Literatura

A magnitude dos Transtornos da Saúde Mental (TSM) na qualidade de vida da população mundial tornou-se mais evidente em 1996 com a publicação de um estudo em conjunto entre pesquisadores da universidade de Harvard e da Organização Mundial da Saúde (OMS) que concluiu que entre as 10 principais causas de incapacitação em todo o mundo 5 estavam relacionadas a transtornos da saúde mental (ALMEIDA-FILHO et al., 1997).

Estima-se que detre os países da América Latina, o Brasil seja o país com as maiores prevalências para TSM na população adulta entre 15 e 59 anos, com índices elevados para os transtornos da ansiedade, transtornos do humor e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (OMS, 2000). Segundo estudo de prevalência realizado em 3 grandes centros (São Paulo, Porto Alegre e Brasília) a prevalência de TSM para toda a vida foi de 51 % em Brasília, 43 % em Porto Alegre e 30 % em São Paulo. Com relação a prevalência específica por diagnostico os mais prevalentes foram, em ordem decrescente transtorno de ansiedade, estados fóbicos e depressivos e a dependência de álcool. O conjunto de distúrbios delirantes (esquizofrenias, manias e outros quadros psicóticos) atingiu prevalências que variaram entre 1% e 4% (ALMEIDA-FILHO et al., 1997).

Apesar disso, relatório da OMS evidenciou que menos de 1% dos recursos em saúde são investidos em ações relacionadas a TSM (OMS, 2002). Em relação ao gênero, observou-se que as mulheres são mais acometidas pelos transtornos de ansiedade, de humor e os somatoformes, enquanto nos homens há uma maior prevalência dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Muitos estudos tentam explicar essa diferença, associando a ocorrência desses transtornos específicos nas mulheres a fatores hormonais e psicológicos. Outra explicação é que as mulheres teriam maior facilidade de identificar os sintomas, admiti-los e buscar ajuda, enquanto os homens tendem a buscar nas substâncias psicoativas o alívio para seu sofrimento ou angustia. O fato de a maioria dos entrevistados nas pesquisas ser de mulheres também seria outro motivo para o aumento dos índices de prevalência nesse grupo, não sendo possível fazer muitas inferências ao grupo masculino (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

No que se refere a idade, a faixa de maior prevalência de transtornos da saúde mental é aquela entre 24 e 54 anos. Algumas possíveis explicações para a maior prevalência nesse publico seriam desemprego, prática de trabalho informal, más condições socioeconômicas, falta de acesso a bens de consumo, baixa escolaridade e estado civil aquém do planejado (por exemplo, divorciado ou viúvo). Dentre as profissões mais acometidas por estas patologias as principais são: professores, enfermeiros, motoristas e cobradores. Provavelmente, tal realidade deve-se a rotina estressante da profissão, a grande demanda e ao ambiente de trabalho insalubre (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

O modo como os serviços de saúde brasileiros lidavam com os usuários com TSM – num passado recente ainda chamados de loucos – sofreu grande transformação nas últimas décadas. Se antes a regra era o isolamento e a marginalização das pessoas, muito se modificou a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este movimento teve início no final dos anos 70 em paralelo ao processo de redemocratização do Estado brasileiro e foi motivado pela insatisfação de usuários, familiares, trabalhadores da área e sindicatos que encontravam-se em desacordo com o modo com que a assistência as pessoas com problemas psiquiátricos era realizada. Através de várias frentes, o movimento passa a protestar contra a violência dos manicômios, a mercantilização doença, a hegemonia de uma rede privada de assistência e começa a construir, coletivamente, uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A partir dessas reivindicações, desencadeia-se um processo de transformações, que culmina com a aprovação de leis alinhadas com essa nova forma de pensar da sociedade e dos profissionais de saúde. Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Deste modo, os princípios do movimento iniciado nos anos 70 tornam-se uma política de Estado.

Nos anos 2000, com o surgimento dos acordos bi e tripartites, amplia-se de forma intensa a rede de atenção psicossocial no âmbito da saúde pública. Em relação a Atenção Básica (AB), porém, ainda careciam normativas que direcionassem as práticas em relação a saúde mental neste nível de atendimento. Visando modificar esse quadro, no ano de 2006 é publicada pelo ministério da saúde a portaria no 399/GM que inclui a saúde mental no pacto pela vida. Esses eventos, além de vários outros, culminam com a substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção por redes de cuidados onde atuam AB, Centros de Atenção Psicossocial (CPAS), hospitais, serviços residenciais terapêuticos, centros de convivência, dentre outros. Essa rede de atenção, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, passa a integrar o conjunto de redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde (BRASIL, 2005).

Todos os elementos dessa rede de cuidado tiveram papel fundamental na substituição do modelo hospitalocêntrico pelo atual, descentralizado. É fato, porém, que o cuidado em nível da AB, assim como a criação dos CAPS, foram muito relevantes nesse processo. À AB sendo a porta de entrada do sistema para o usuário e gerenciando o cuidado, com a realização de uma assistência longitudinal e integral aos usuários. O CAPS como um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), para acompanhamento e tratamento de pessoas que sofrem com psicoses, neuroses graves, adições e outros transtornos da saúde mental, cuja severidade e/ou persistência justifiquem seu atendimento em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e pro-

---

motor de vida. Assim, o objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Também é sua função dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica. Essencialmente, o CAPS é um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser uma alternativa às internações em hospitais psiquiátricos, permitindo a permanência da pessoa junto a sua família e comunidade ao longo de todo o tratamento (BRASIL, 2004).

A nova visão sobre as doenças relacionadas a saúde mental – promotora da criação dessa rede de atenção e incorporada desde então por um grupo crescente de profissionais da área - passa a compreender muitas dessas patologias como uma associação de desordens orgânicas, psicológicas e sociais. Atualmente, define-se transtorno mental como uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento, subjacentes ao funcionamento mental. Estes, frequentemente, estão associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (APA, 2013). Esse entendimento, ocasionou a desmistificação de certos transtornos e, conseqüentemente, a diminuição da carga de preconceito e exclusão realizada por muitos segmentos sociedade. A compreensão da inter-relação entre o componente orgânico da patologia e seu componente psíquico e social tem ampliado-se, possibilitando o surgimento de propostas terapêuticas mais apropriadas para cada patologia, incluindo-se o avanço farmacológico da área. É importante salientar, que a relação entre saúde orgânica e saúde mental não tem relação unidirecional. Assim como desequilíbrios orgânicos podem ser a base fisiopatológica de transtornos mentais, estes últimos, também podem ser fator fundamental no desencadeamento de patologias que, até recentemente, eram vistas como puramente de origem orgânica (OMS, 2002). Apesar dos avanços realizados nos últimos anos, ainda estamos distantes de um cenário satisfatório no que se refere a abordagens de saúde pública para esse grupo que cresce constantemente. As desordens da saúde mental ainda tem sido subdiagnosticadas e, quando diagnosticadas, frequentemente, tem recebido tratamento aquém do preconizado. Os cuidados devidos aos portadores de TSM, no que se refere a AB feita pelas equipes de Saúde da Família (eSF), são, em muitos aspectos, os mesmo devidos a quaisquer outros usuários. Porém, é sabido que também existem muitas peculiaridades do atendimento a este público (BRASIL, 2013).

O passo inicial em um atendimento de qualidade passa por um bom acolhimento, fundamental para a formação de vínculo entre os profissionais, usuários, família e\ou comunidade em questão. Nessa etapa, a equipe fornece um espaço para o usuário, permitindo que ele sinta-se tranquilo e seguro para expressar seus sentimentos como aflições, dúvidas e angústias e também para que tenha a consciência de que existem profissionais

dispostos ajudá-lo. O acolhimento permite também que a eSF tenha uma visão inicial do caso, possibilitando um melhor direcionamento para a abordagem multidisciplinar do mesmo. A partir de um acolhimento bem feito, tem-se início uma rede de cuidados compartilhados. Esta rede é a atuação de profissionais de diferentes especialidades, disciplinas ou setores trabalhando juntos para oferecer serviços complementares e apoio mútuo. Ela assegura que os usuários dos serviços de saúde recebam o cuidado mais apropriado para sua necessidade, localidade e o mais rápido possível, com o mínimo de obstáculos. propiciando uma melhor comunicação interprofissional ao possibilitar contatos pessoais compartilhados, educação permanente e planejamento sistemático de cuidados conjuntos (BRASIL, 2013).

Um dos elementos dessa rede é o apoio matricial. Ele sugere modificações entre as relações dos níveis hierárquicos no sistema de saúde. Nesse caso, o especialista integra-se organicamente a várias equipes que necessitam do seu trabalho especializado. Além da retaguarda assistencial, objetiva-se produzir um espaço em que ocorra intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões. Por meio do apoio matricial é possível realizar a construção conjunta de conhecimento sobre cada caso do território, seu monitoramento, sua classificação de risco, bem como programar atendimentos compartilhados e formular, para cada pessoa em sofrimento psíquico, um plano de cuidado compartilhado e um Projeto Terapêutico Singular (PTS) entre atenção primária e equipe especializada (UNASUS, 2016).

O PTS é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral. Um PTS deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise dos profissionais sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Cabe ressaltar que esse é um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissionais e o usuário está em constante transformação. As abordagens em grupos também podem ser úteis tanto para usuários como para profissional da saúde. Elas permitem uma poderosa e rica troca de experiências que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado. Isto se deve exatamente à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível. Dessa forma os grupos são mais um ponto da rede social de cuidado aos usuários no território de referência (UNASUS, 2016).

Apesar das várias medidas comportamentais que podem e devem ser aplicadas no cuidado dos usuário com TSM, muitas vezes, os psicofármacos são fundamentais para certas pessoas, respeitando-se as recomendações para cada patologia específica. Estes são recursos muito importantes para o tratamento em saúde mental, entretanto, seu uso só faz sentido quando dentro de um contexto de vínculo e de escuta. É importante que as equipes da AB possam ter uma expectativa realista de que tipo de problema de saúde mental

---

pode ou não responder a uma determinada medicação. É preciso nem transformá-la em panaceia, nem desacreditá-la totalmente. Sintomas psicóticos (alucinações auditivas, vozes de comando, delírios de perseguição), insônia, agitação duradoura (não somente reativa a uma frustração ou situação específica), sintomas prolongados de tristeza e desvalia e ansiedade incapacitante costumam apresentar respostas satisfatórias. Por outro lado, em situações onde o contexto familiar, laboral ou interpessoal é um componente importante dos fatores desencadeantes, pode ser inútil depositar grandes expectativas em torno de uma ou outra medicação. Assim, é importante considerar ambas as dimensões: definir um ou alguns problemas-alvo para a medicação e também fazer caber a prescrição dentro de um projeto terapêutico que contemple outras intervenções (BRASIL, 2013).

Como resultados de um processo integral e longitudinal de cuidado, através das ferramentas citadas e de outras, é possível, muitas vezes, a estabilização do quadro clínico e/ou psíquico dos usuários com TSM, sua permanência em seu meio comunitário, a garantia de seu direito ao acesso à rede de saúde em geral, o fortalecimento dos vínculos entre os cidadãos e as equipes locais, a diminuição dos números gerais de internações psiquiátricas, o fortalecimento da rede intersetorial e a melhora na qualidade de assistência prestada pelas equipes de ESF (BRASIL, 2013). Apesar disso, é fundamental que os profissionais da área da saúde tenham em mente que existem barreiras culturais, financeiras e estruturais que impedem o acesso e a procura pelos serviços de saúde para o tratamento de transtornos da saúde mental. Este fato está constantemente relacionado a fatores como o estigma ou desconhecimento da doença, a crença de ineficácia do tratamento, a pouca disponibilidade de serviços, a falta de treinamento das equipes da AB para a identificação dos casos, entre outros. Por isso, torna-se fundamental que estes pontos também sejam alvo de suas ações (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Mesmo diante dos avanços realizados até o momento, na implementação de um sistema de saúde que atenda de forma mais humana e correta os que sofrem com TSM principalmente no âmbito da AB, um caminho longo ainda deve ser percorrido. Para os profissionais que atuam nesse nível de atenção é visível que muito do que foi colocado em leis, portarias e normas, infelizmente, não tem sido implementado no dia-a-dia da AB. Muitas explicações para essa discrepância são possíveis: sobrecarga de trabalho, desconhecimento das normas técnicas, resistência de implementação das mesmas por profissionais e usuários e, como ocorre nos diversos níveis do SUS, falta de recursos financeiros e pessoais. Fato é que diante desta realidade, pessoas com TSM continuam diariamente a ser subdiagnosticadas e incorretamente tratadas (BRASIL, 2005).

Além disso há evidências sólidas que o sofrimento mental tem um impacto significativo em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde. Eles atuam piorando o prognóstico de algumas doenças, pois costumam coexistir com hábitos de vida prejudiciais, por diminuir a adesão dos usuários ao tratamento proposto e também por fatores fisiopatológicos que o próprio TSM pode diretamente desencadear. Alguns TSM's, em especial, como as

dependências de substâncias psicoativas, por exemplo, álcool e drogas ilícitas, também aumentam a exposição dessas pessoas a riscos que os não acometidos evitariam. Os TSM estão normalmente vinculados a uma maior prevalência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Tal fato pode ocorrer mesmo naqueles com sintomas leves e ainda não tenham formalmente diagnosticados com um TSM (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Apesar de ser o acometido pela doença, o portador de um TSM não é o único afetado pela mesma. A existência de um desses indivíduos com TSM na família ou comunidade também gera sofrimento e preocupação. Isso já ocorria mesmo quando o foco do tratamento era o isolamento da pessoa, mas tornou-se fato ainda mais importante a partir do momento em que estas passaram a integrar o ambiente social e familiar de forma natural. Com a permanência das pessoas com TSM em casa, passaram a fazer parte da rotina familiar: garantir as suas necessidades básicas, coordenar suas atividades diárias, administrar sua medicação, acompanhá-los aos serviços de saúde, fornecer-lhes suporte social e superar as dificuldades inerentes a esse processo de tratamento. Essa adaptação da família e da comunidade ao portador de TSM muitas vezes não é simples e demanda grande dedicação. Isso faz com que, tanto o portador com TSM, como os que com ele convivem, devam ser alvos da atenção dos sistemas de saúde. Dessa forma, potencializa-se o tratamento do usuário e diminui-se a possibilidade de desarmonia e adoecimento de outros indivíduos da família e da comunidade (ABP, 2011).

Diante do exposto, percebe-se a relevância e urgência de uma revisão da abordagem terapêutica aos usuários com TSM no contexto da AB e, conseqüentemente, da realização desse projeto de intervenção.

## 4 Metodologia

Este projeto de intervenção tem como intuito principal melhorar a assistência aos usuários portadores de TSM adscritos na área de atuação da eSF 001 do município de Luiz Alves. Também são foco deste projeto seus familiares e outros membros do ciclo social que estejam direta ou indiretamente envolvidos com o usuário em questão.

Para que os resultados esperados sejam alcançados algumas ações serão implementadas. Essas ações, apesar de terem peculiaridades inerentes a cada uma, visam a adequação da assistência aos portadores de TSM ao panorama atual da saúde no Brasil e no município de Luiz Alves, bem como aos novos desafios que essa realidade impõe.

Inicialmente, é fundamental que dados epidemiológicos fidedignos com a realidade do município sejam obtidos. Para isso, será realizado um levantamento dos portadores de TSM na área de abrangência da eSF 001. Este levantamento será feito com base nos dados das Fichas A, obtidos pelas ACS's durante as visitas domiciliares e que compõe grande fonte de informação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Além das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), atuarão nessa atividade médico e enfermeira da unidade. Estes realizarão a catalogação das informações obtidas e a interpretação das mesmas. A ação será realizada na comunidade e na UBS. O prazo para a realização desta atividade é indeterminado, pois depende da ação das ACS's que no momento não encontram-se com equipe completa.

Serão implementadas as consultas de matriciamento envolvendo psicóloga e médico da eSF, e, sempre que necessário, demais profissionais do NASF. Esta ação visa melhorar a qualidade da assistência a certos usuários tornando o cuidado do usuário mais integral. Essas consultas serão realizadas na UBS e às quartas-feiras, dia em que a equipe do NASF encontra-se disponível para a eSF 001. A ação será implementada de imediato.

Como as abordagens em grupo são reconhecidas como uma ferramenta muito útil para a realidade da AB, será criado o grupo "Trocando Ideias". Esse grupo, formado por usuário da unidade, médico, enfermeiro, psicóloga, ACS's e demais profissionais da unidade que tiverem interesse na atividade, tem o intuito de proporcionar o encontro de usuários portadores de TSM para que estes e os profissionais participantes, possam, em grupo, debater temas importantes para este público. A atividade será realizada na UBS às quartas-feiras, a cada 15 dias e durante 1 hora. A ação será implementada de imediato.

Será implementada também uma Rede de Cuidados Compartilhados, com enfoque particular para a realização de Projetos Terapêuticos Singulares. Essa ação, proposta pelo MS, consiste na discussão, em equipe, de casos mais complexos e que, conseqüentemente, demandem maior esforço da equipe. Dessa discussão, cria-se um projeto terapêutico mais efetivo e abrangente para cada caso discutido. A ação será realizada na primeira quarta-feira de cada mês, junto com a reunião mensal da equipe. A ação será implementada de

imediatos.

Conforme a disponibilidade de tempo da equipe, pretende-se a criação de “Consultas Estendidas”. Normalmente, na eSF 001, o tempo de cada consulta é de 20 minutos, o que frequentemente não é o suficiente para a realização de uma assistência de qualidade para diversos usuários, em especial os portadores de TSM. Com essa ação, visa-se criar consultas com maior tempo de duração e que, conseqüentemente, sejam mais apropriadas a este público. A ação tempo prazo de implementação indeterminado, pois depende da aceitação da Secretaria Municipal de Saúde e do melhor gerenciamento da grande demanda da eSF.

É importante salientar que a implementação de tais atividades não acarretará uso de qualquer recurso financeiro extra da verba municipal. Isso ocorre, pois as ações propostas visam modificações na forma como o cuidado vinha sendo realizado até então e empregam recursos financeiros e de pessoal já disponíveis para a unidade.



## 5 Resultados Esperados

Diante da magnitude que os TSM tem na saúde pública brasileira e mundial, e com a perspectiva que esta parcela de usuários torne-se ainda mais numerosa nos próximos anos, é fundamental que a principal porta de entrada para os usuários ao sistema de saúde pública, a AB, adapte-se a esta realidade. Para isso, são necessárias a implementação de alterações na forma como a atenção aos usuários com TSM vinha sendo realizada na eSF 001, em Luiz Alvez. Isso pode ser alcançado através de medidas como as propostas nesse projeto e muitas outras.

Com o levantamento de dados epidemiológicos da localidade, espera-se ter maior quantidade de dados sobre a situação a ser enfrentada. Como exemplo de dados a serem obtidos, pode-se citar: o tipo de TSM, a idade, o sexo, o nível de escolaridade, a condição financeira, a microárea de moradia do usuário, dentre outros dados. Com essas informações, será possível a implementação de ações que sejam mais focadas para o problema daquela comunidade. Consequentemente, melhores resultados serão obtidos.

Através das ações propostas nesse projeto pretende-se melhorar a qualidade da assistência aos portadores de TSM adscritos na área de atuação da eSF 001. Isso fará com que as ações da equipe, torne-se mais eficiente, resolutivo e, consequentemente, menos custoso. Também se evitará que diversas iatrogenias sejam realizadas na assistência aos portadores de TSM, como o uso inadequado ou desnecessário de medicações, sejam elas psicotrópicas ou não, e que internações hospitalares desnecessárias sejam realizadas. Dessa forma, espera-se a implementação de práticas em saúde mais humanas e que visem o bem-estar pleno do usuário e da comunidade que o rodeia.



## Referências

- ABP, A. B. de P. *O paciente com transtorno mental e a família*. 2011. Disponível em: <<http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=14199>>. Acesso em: 01 Fev. 2017. Citado na página 20.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity - methodological features and prevalence estimates. *The British Journal of Psychiatry*, p. 524–529, 1997. Citado na página 15.
- APA, A. P. A. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Nova York: Artmed, 2013. Citado na página 17.
- BRASIL. Lei no 10.216. Diário Oficial da União, Brasília, n. 10216, 2001. Citado na página 16.
- BRASIL, B. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Citado na página 17.
- BRASIL, B. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental : 15 anos depois de caracas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 19.
- BRASIL, B. *Cadernos da Atenção Básica: Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 4 vezes nas páginas 11, 17, 18 e 19.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Censo Agropecuário: Indicadores agropecuário*. 2006. Disponível em: <<https://sites.google.com/a/spg.sc.gov.br/portal/indicadores/indicadores-agropecuaria/censo/estabelecimentos>>. Acesso em: 11 Jan. 2017. Citado na página 9.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Indicadores de Educação*. 2010. Disponível em: <[https://sites.google.com/a/spg.sc.gov.br/portal/indicadores/ind\\_educacao](https://sites.google.com/a/spg.sc.gov.br/portal/indicadores/ind_educacao)>. Acesso em: 11 Jan. 2017. Citado na página 10.
- INEP, I. N. de Estudos e P. E. A. T. *Prova Brasil 2013: Avaliação de rendimento escolar*. 2013. Disponível em: <<http://provabrasil.inep.gov.br/resultados>>. Acesso em: 11 Jan. 2017. Citado na página 10.
- OMS, O. M. da S. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, p. 413–426, 2000. Citado na página 15.
- OMS, O. M. da S. *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Organização Mundial da Saúde, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- PMLA, P. M. de L. A. *História do Município*. 2014. Disponível em: <<http://www.luisalves.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/41451>>. Acesso em: 10 Jan. 2017. Citado na página 9.

SANTOS Élem Guimarães dos; SIQUEIRA, M. M. de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, p. 238–246, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 15, 19 e 20.

SBC, S. B. de C. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 1–51, 2010. Citado na página 10.

SBD, S. B. de D. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2015-2016. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*, p. 1–348, 2016. Citado na página 10.

SISAB, S. de Informação em Saúde para a A. B. *Relatório de Acompanhamento*. 2016. Disponível em: <<http://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorio/envio/RelPubEnvStatusEnvio.xhtml>>. Acesso em: 11 Jan. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 11.

UNASUS, U. A. do S. *Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica: Processo de trabalho na atenção básica*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Citado na página 18.