



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Thiago Sousa Silva

Organização das ações de saúde mental na Unidade
Básica de Saúde Chácara do Banco em Porto Alegre -
RS: Projeto de Intervenção

Florianópolis, Janeiro de 2023

Thiago Sousa Silva

Organização das ações de saúde mental na Unidade Básica de
Saúde Chácara do Banco em Porto Alegre - RS: Projeto de
Intervenção

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

Orientador: Camilo Luis Monteiro Lourenço
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Thiago Sousa Silva

Organização das ações de saúde mental na Unidade Básica de
Saúde Chácara do Banco em Porto Alegre - RS: Projeto de
Intervenção

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. Marta Inez Machado
Verdi**
Coordenadora do Curso

Camilo Luis Monteiro Lourenço
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

A demanda em saúde mental tem crescido de modo preocupante e exigido esforços no sentido de reduzir as iniquidades no acesso e nos cuidados à saúde mental das pessoas acometidas pelas mais diversas manifestações patológicas. Essa pesquisa tem como objetivo fortalecer e ampliar o programa de acompanhamento de usuários com demanda de saúde mental atendidos na Unidade Básica de Saúde Chácara do Banco em Porto Alegre – RS. Será adotada a organização da agenda de atendimento de forma flexível realizando-se rodas de conversa, palestras na sala de espera sobre os assuntos de interesse em saúde mental, acompanhamento da rotina dos pacientes e a realização de visitas domiciliares para compreender a dinâmica familiar e a inclusão de todos de forma ativa no tratamento do sujeito. A partir da implantação de um arranjo na agenda de atendimento na unidade de saúde para os pacientes com demanda de saúde mental, visamos reorientar a demanda para desviarmos os encaminhamentos produzindo maior resolutividade à atenção em saúde. Esperamos estimular e educar os pacientes em sofrimento mental a não somente solicitar renovação de receitas e sim manterem um vínculo maior com a unidade de saúde.

Palavras-chave: Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Apoio ao Planejamento em Saúde, Assistência à Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1	Contexto histórico da saúde mental	15
3.2	Cuidados em saúde mental	16
3.3	Atenção básica e saúde mental no Brasil	18
3.3.1	Tipo de demanda em saúde mental vivenciada na UBS Chácara do Banco	19
3.3.2	Ações em Saúde Mental Realizadas na USF	19
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Nossa comunidade é bem instruída, apesar de estarmos no extremo sul de Porto Alegre, no bairro Restinga, na Chácara do Banco, é composto por uma população que um dia foi abastada financeiramente e infelizmente perderam seus bens por motivos pessoais. É uma população diferenciada das outras da região, apesar do tráfico de drogas que é comum na Restinga, a nossa região ainda está bem controlada. Temos muitas adolescentes que se relacionam com os adeptos ao tráfico e terminam engravidando para tentar uma melhor condição de vida e no fim são abandonadas e acolhidas pela equipe.

Por ser uma comunidade bem antiga, tem grande quantitativo de idosos ativos que não dependem de filhos ou cuidadores para irem às consultas. Também existe uma demanda muito grande de negros, pois toda a população de baixa renda foi praticamente expulsa das regiões como maior fluxo financeiro para Restinga e não foram diferentes com negros, pessoas com HIV positivo também é bem comum nessa região, já a população LGBTQ+ é aparentemente menor. Não temos notado tantas pessoas desse grupo circulando ou precisando de atendimento, acredito que seja para evitar constrangimentos por conta do preconceito.

O extremo sul praticamente virou uma região ou uma comunidade totalmente separada do restante de Porto Alegre, sofrendo, assim, um preconceito enorme por conta do livre comércio de drogas e da violência excessiva causada pelas facções que lutam entre si para dominar a região de tráfico.

A Restinga é hoje um dos maiores bairros da capital, Porto Alegre - RS. Apesar de todos os problemas estruturais que dificultaram a vida de seus primeiros moradores, foi através do esforço de sua comunidade que o bairro se tornou oficial, via lei, em 1990. O bairro conta com sistema de transporte, telefones, posto de saúde e instituições de ensino, sendo considerado um núcleo urbano autossuficiente dentro de Porto Alegre. Grande parte da infraestrutura, inclusive água potável e iluminação, assim como cerca 10 mil apartamentos e casas populares foram realizadas no período entre 1975 e 1983. O bairro conta com várias praças, campos de futebol e entidades que desenvolvem diversas atividades para a comunidade. Entre elas está a Unidade Social ACM Vila Restinga Olímpica, inaugurada em 2002, que aposta na inserção social de crianças e de jovens em situação de risco através do esporte ([WIKIPÉDIA, 2018](#)).

De acordo com dados coletados pela Gerência, com dados fornecidos pelo IBGE e demais funcionários da equipe têm 7.554 como população total em nossa área de abrangência. A distribuição da população por faixa etária é a seguinte: <1 ano = 138, 01-04 anos = 440, 05-14 anos = 1.322, 15-19 anos = 714, 20-49 anos = 3426, 50-64 anos = 1108, 65 anos ou mais = 406. Através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), os dados obtidos desta planilha são os seguintes: 43 nascimentos em 2017, 57 nascimentos

em 2016, 53 nascimentos em 2015. Coeficiente de natalidade: 2017 - 5,69/1.000 hab., 2016 - 7,54/1.000 hab., 2015 - 7.016/1.000 hab. Através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), os dados obtidos desta planilha são os seguintes: 27.03 óbitos em 2017, 27.18 óbitos em 2016, 32.64 óbitos em 2015. Coeficiente de mortalidade: 2017 - 3,57/1.000 hab., 2016 - 3,59/1.000 hab., 2015 - 4.32/1.000 hab., Os dados de óbitos por doenças crônicas: 8.37 dos 27.03 óbitos em 2017 foram por DCNT (31,7%), 8.50 dos 27.18 óbitos em 2016 foram por DCNT (31,29%), 12.26 dos 32.64 óbitos em 2015 foram por DCNT (37,58%). Coeficiente de mortalidade por doenças crônicas: 2017 - 1,10/1.000 hab., 2016 - 1,12/1.000 hab., 2015 - 1,62/1.000 hab., De acordo com os dados desta planilha, não houve óbitos femininos atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério (PMPA, 2018).

Taxa (ou coeficiente) de mortalidade infantil no município-conforme o Relatório Anual de Gestão de Porto Alegre 2016 caiu de 9,2 em 2015 para 8,9 em 2016 (PMPA, 2018). Outras informações: paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS): 300, com diabetes mellitus (DM), no geral, porque não temos um dado específicos somente em idosos, seria de 600 a 700 junto com HAS, com HIV: seis, sendo a maioria não busca nossa unidade para tratamento.

A cobertura vacinal da rotina da criança menores de 1 (um) ano é feita de acordo com os agendamentos mensais. Não temos um número exato de nascidos vivos para citar, pelo fato já descrito acima. Depois que as gestantes vão para o hospital, a maioria delas nem voltam para um devido acompanhamento de puerpério e puericultura. É aí que as Assistentes de Saúde entram, vão atrás dessas mulheres, mas poucas realmente voltam à unidade para monitoramento. Às vezes mudam de comunidade e até mesmo cidades.

As cinco queixas mais frequentes que as mães de menos de 1 ano nos trazem são: resfriado comum, diarreia e vômitos ocasionados pelo nascimento dos dentes ou perda de peso acham que as crianças têm pouco peso pra idade, asma, alergia, otite média externa. O número de gestantes que a Unidade de Saúde conseguiu captar no ano de 2017 foi de 60 gestantes.

Em média, atendemos uma demanda de aproximadamente 40 pacientes por dia, com as mais variadas queixas e possíveis doenças. Dentre elas, uma que acaba sendo a minha preocupação, está relacionada aos problemas de saúde mental (depressão, transtorno da ansiedade generalizada, transtornos do pânico), doenças de coluna, hipertensão, diabetes tipo II, dislipidemia, infecções de vias respiratórias superiores e afecções de pele. A hipertensão e diabetes tipo II são as doenças mais frequentes, pelo fato de a população de minha região ser composta de apreciadores de alimentos ricos gorduras e sal, pacientes obesos e por terem uma dieta desregrada com alimentos prejudiciais, tabagistas, etilistas e uma grande maioria idosa.

A ausência de uma equipe de suporte a saúde mental é identificada como um problema. Temos uma demanda de pacientes desde crianças e idosos com sintomas de transtornos

do humor, em geral, pela dificuldade em auxílio com profissionais especializados nessa área. Cabe ao médico e à equipe da unidade de saúde intervir nas situações adversas. A equipe de saúde mental em minha região só interfere em doenças consideradas graves onde o aporte tem que ser bem maior e, na maioria das vezes, necessita a internação do paciente, porém, os pacientes de graus leve e moderado, hoje, estão sendo acompanhados por mim, na unidade saúde, e pela equipe.

Esse é um dos meus objetivos e que já está sendo desenvolvido. Ou seja, uma agenda flexível para aqueles pacientes com necessidade de acompanhamento imediato com consultas semanais, mesmo o paciente não podendo vir até a unidade, nós, a equipe, os agentes comunitários e eu, vamos até a casa desse paciente para dar a atenção devida ao caso.

Esse tema saúde mental é uma situação que eu estou tentando organizar, porque, na atualidade, tem maior incidência em mortes, na maioria dos casos os pacientes se fecham, pois por ser uma doença sem sintomatologia física as pessoas ao redor interpretam como “frescura” não dando a atenção devida para a situação do agente envolvido, tendo um preconceito de não procurar médico e ter uma atenção devida por achar que só quem procura especialista, psiquiatra são doidos, como citei, transtornos do humor são doenças que deprimem o paciente, muitas das vezes perdem a vontade de viver e não buscam ajuda, hoje identificamos a situação no momento do acolhimento independente da queixa do paciente, buscamos desenvolver um acompanhamento a esse paciente para que ele não venha se entregar a doença achando que não tem importância pra ninguém.

Temos um psiquiatra que vai a cada cinco semanas na unidade para discutir casos mais graves, no meu ponto de vista o matriciamento não é efetivo porque atualmente o matriciamento só é realizado com pacientes que estão em situações mais graves, hoje atendo um paciente com necessidade de um atendimento especializado sem necessidade de internação e temos que esperar cinco semanas para poder discutir esse caso e levando em consideração o tempo, o quadro do paciente será agravado nos levando a um atendimento mais agressivo terapeuticamente, dessa forma tenho tentado organizar palestras e o fluxo na unidade de saúde para um atendimento maior com esses pacientes e familiares.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Fortalecer e ampliar o programa de acompanhamento de usuários com demanda de saúde mental atendidos na Unidade Básica de Saúde Chácara do Banco em Porto Alegre - RS.

2.2 Objetivos específicos

Organizar a agenda de atendimento de forma flexível para atendimentos mais rápidos.

Realizar rodas de conversa, palestras na sala de espera sobre o assunto, para que mais pessoas venham ter conhecimento sobre doença mental.

Realizar busca ativa com os agentes comunitários de saúde para acompanhar a rotina dos pacientes.

Realizar visitas domiciliares para compreender a dinâmica familiar e incluí-los de forma ativa no tratamento do sujeito.

3 Revisão da Literatura

3.1 Contexto histórico da saúde mental

A diretriz conceitual do Ministério da Saúde sobre Atenção Básica e sobre o Programa de Saúde da Família indica que a expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas (DIMENSTEIN *et al.*, 2009). Essa concepção deve superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Essa perspectiva é antagônica ao modelo de atendimento centrado nos especialismos, que adota uma perspectiva de saúde fragmentada, distante da concretude da vida dos sujeitos, o qual tem sido intensamente questionado desde a década de 1980, com o Movimento da Reforma Sanitária (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

Sabe-se que foi após a Segunda Guerra Mundial, com o surgimento do Estado de Bem-estar Social, que se evidenciou uma maior preocupação com as políticas sociais. Nesse contexto, a instituição manicomial foi problematizada como um lugar de produção de doença mental. Segundo Rosa (ROSA, 2011), o processo de Reforma Psiquiátrica passou por períodos distintos anteriores, como os movimentos de crítica à estrutura asilar, considerada patologizante e cronificadora, que buscava a reestruturação do hospital, sendo ele ainda concebido como um lugar de cura (DIMENSTEIN *et al.*, 2009). Entretanto, é a Psiquiatria Democrática Italiana, através de Franco Basaglia, que expressa a ruptura das propostas de reformas apresentadas até então, por questionar a exclusão imposta pela função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos, indo além da análise de natureza médico-psicológica da "loucura". Na década de 1980, inspirados na Reforma Italiana, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tentou efetivar uma ruptura paradigmática. Cenário político de críticas e de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto do movimento da Reforma Sanitária, a luta antimanicomial segue até hoje criticando as práticas excludentes, segregadoras, centradas no manicômio e priorizando intervenções mais complexas centradas na territorialidade (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

A partir dessas críticas, o ato de cuidar implica em compreender a saúde de maneira global, intrincada ao modo de vida das pessoas. A saúde, sendo percebida como recurso para a produção de vida diária dos usuários, exige novos modos de tratar e de acolher o sujeito em sofrimento, principalmente o portador de transtorno mental, na sua vida diária e em seu espaço comunitário. Desse modo, a unidade básica tornou-se fundamental para esse tipo de acompanhamento. É nessa perspectiva que a saúde mental deve ser enten-

didada, como um campo de intervenção prioritário também para as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), pois têm a potencialidade de: atuar não só na unidade, mas no espaço social onde a comunidade vive e circula; estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população; trabalhar norteados por uma perspectiva ampliada sobre os modos de vida, de saúde e doença articulada ao contexto familiar e cultural; intervir sobre fatores de risco aos quais a comunidade está exposta - sendo os transtornos mentais um dos mais evidentes - por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, visando interferir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (DIMENSTEIN et al., 2009).

3.2 Cuidados em saúde mental

Segundo o Ministério de Saúde (SAÚDE, 2018a), os principais desafios da Reforma Psiquiátrica é que 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes, o que exige uma rede de assistência densa, diversificada e efetiva. Somado a isso, aproximadamente de 10% a 12% da população não sofre transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem. Isso, conseqüentemente demanda uma rede assistencial ampla e integrada. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem registrando uma preocupação gradativa nos últimos anos com as chamadas doenças crônicas no mundo inteiro, dentre as quais estão os transtornos mentais (DIMENSTEIN et al., 2009).

Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no *ranking* das 10 principais causas de incapacidade no mundo, totalizando 12% da carga global de doenças. Atualmente, mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Esse progressivo aumento na carga de doenças irá gerar um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica (SAÚDE, 2018b).

Segundo o relatório Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação:

As doenças crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de certo nível de cuidados permanentes. Além disso, as condições crônicas compartilham algumas características preocupantes: estão aumentando no mundo e nenhum país está imune ao impacto causado por elas; representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e desafiam nossas capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes; causam sérias conseqüências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos da saúde em cada país e podem ser minimizadas somente

quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações (SAÚDE, 2018b).

Esse documento aponta, ainda, que os distúrbios mentais demandam monitoramento e gerenciamento de longo prazo. Em relação às incapacidades causadas, a depressão é preocupante porque se estima que até 2020 ela só seja superada pelas doenças cardíacas. Nesse sentido, os impactos pessoais, sociais e econômicos causados pela depressão serão significativos. Há também uma indicação de que os transtornos mentais representavam 9% das enfermidades crônicas nos países em desenvolvimento, como o Brasil, e uma estimativa de aumento para 14%, em 2020.

Observa-se, portanto, que a incorporação das ações de saúde mental na atenção básica é uma prioridade no cenário atual. Porém, não é algo que se efetiva sem o desenvolvimento de estratégias institucionais como capacitações, supervisões, financiamento, dentre outras. Nesse sentido, o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Apoio Matricial (AM) para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Segundo a coordenação de Saúde Mental, no documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, o AM se constitui em:

Um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (SAÚDE, 2018a).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os países em desenvolvimento apresentarão um aumento muito expressivo da carga de doença atribuível a problemas mentais nas próximas décadas. Projeções para o ano de 2020 indicam que os problemas mentais serão responsáveis por cerca de 15% de DALYs (Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura Ajustados por Incapacidade).

Dos países em desenvolvimento que possuem orçamento específico destinado a políticas de saúde mental, cerca de 37% gastam menos de 1% do orçamento do setor saúde com programas voltados à reabilitação psicossocial. Muitos destes países, inclusive o Brasil, testemunharam mudanças importantes no modelo de atenção em saúde mental, com a migração de modelos basicamente hospitalocêntricos para redes de serviços comunitários.

Dentre as recomendações da OMS para a organização de redes de atenção psicossocial, destaca-se a oferta de tratamento na atenção primária e a organização de ações em saúde mental no contexto comunitário (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Segundo Onocko-Campos e Furtado (2018), no Brasil a prevalência de transtornos mentais severos e persistentes é de cerca de 6%, enquanto a de problemas relacionados

ao abuso de substâncias psicoativas é de 3%. Nos últimos anos, tem sido observada uma inversão do padrão de gastos do orçamento do SUS em saúde mental, privilegiando-se os gastos com a rede substitutiva de atenção psicossocial em detrimento da rede de hospitais psiquiátricos.

3.3 Atenção básica e saúde mental no Brasil

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem-sucedidas oriundas da interação entre saúde mental e atenção básica. As experiências de capilarização e a interiorização das ações de saúde pública, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), são expressivas no sentido de demonstrar a potencialidade da incursão de políticas especiais neste cenário, como é o caso da inclusão de ações de saúde mental na ESF (SILVEIRA; VIEIRA, 2009). Alguns autores apontam para algumas destas potencialidades: fortalecimento do processo de mudança do modelo médico-privatista, ampliação do controle social, resgate do vínculo entre profissionais de saúde e os usuários do sistema e redução do uso indiscriminado de alta tecnologia na atenção à saúde (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

O conceito de território presente na ESF estabelece uma forte interface com princípios caros à reforma psiquiátrica brasileira, como as noções de territorialidade e responsabilização pela demanda, além de conferir um novo sentido e ordenamento às ações de saúde mental no contexto da atenção básica (SILVEIRA; VIEIRA, 2009). Isso torna possível migrar do modelo das psicoterapias tradicionais para um modelo onde o usuário seja considerado como sujeito-social, numa abordagem relacional na qual o sujeito é concebido como participante de suas redes sociais e ambiente ecológico.

No entanto, algumas fragilidades ou contradições são identificadas por alguns pesquisadores no desenvolvimento da ESF e parecem ser semelhantes às dificuldades encontradas na operacionalização das políticas de saúde mental no país, dentre as quais destacam-se: a verticalização e normatividade da ESF reforçam o caráter prescritivo e autoritário, típico dos tradicionais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, dificultando a adequação da assistência às realidades locais; o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a tendência à medicalização dos sintomas e, por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência.

Portanto, da perspectiva da construção de estratégias de ação para o SUS, a interação entre ESF e saúde mental ainda demanda clareza e compreensão sobre o poder da ação medicalizante da atenção básica. Nesse sentido, estratégias e orientações para uma atenção à saúde na atenção básica, "de caráter desmedicalizante e ou minimizador da medicalização, tornam-se valiosas e são relativamente escassas".

A relevância da formulação de políticas para a atenção básica que englobem o cuidado

em saúde mental estaria justificada no direito do usuário de encontrar em sua unidade sanitária de referência uma estratégia de acolhimento articulada com os demais dispositivos assistenciais presentes na rede de atenção. Deste modo, o conceito de integralidade, como organizador das práticas, exigiria uma certa "horizontalização" dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde.

A incorporação do acolhimento e do vínculo no cotidiano do cuidado em saúde também tem contribuído para desvelar e problematizar a (des)humanização do atendimento, determinada, principalmente pela tecnificação do cuidado à saúde. Para Ayres, este cuidado é atravessado permanentemente pelas intervenções técnicas em saúde, "mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser a tarefa prática da saúde coletiva" (SILVEIRA; VIEIRA, 2009). Já (SCHIMITH; LIMA, 2018) lembram que a acolhida prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-las, adequando-as a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária. Dadas estas considerações, as noções de vínculo e de acolhimento podem contribuir para uma abordagem mais compreensiva dos problemas mentais na ESF e nos demais serviços da atenção básica.

3.3.1 Tipo de demanda em saúde mental vivenciada na UBS Chácara do Banco

De um modo geral, a demanda relativa à saúde mental mais freqüente na realidade das USF é a de pacientes que procuram a unidade para renovar a receita e continuar o tratamento. Logo no início de meu atendimento na UBS Chácara do Banco, constatei que os pacientes de saúde mental não tinham acompanhamento psiquiátrico, eles iam a UBS (unidade básica de saúde) para solicitar renovação de receita de medicamentos controlados, deixavam suas receitas em uma segunda-feira e as retiravam na sexta-feira renovada, hábito que já vinha acontecendo a muitos anos.

O medicamento é visto como a principal prática terapêutica na rede pública de saúde, sendo muitas vezes considerado o único recurso disponível para aqueles que necessitam desse tipo de cuidado, tornando os usuários dependentes (DIMENSTEIN et al., 2009). Esse fenômeno, de acordo com Carvalho e Dimenstein (2018), está relacionado ao papel privilegiado da indústria farmacêutica na atenção à saúde e à força do modelo biomédico, ainda hegemônico nas práticas de saúde. De acordo com esses autores:

O fenômeno da *medicalização*, apesar de não ser um problema atual [...] está muito presente nos dias de hoje e ocupa um lugar importante no jogo de interesses do poder econômico. O consumo de medicamentos tem um significativo impacto na sociedade, haja vista constituir o principal meio de combate à doença na prática terapêutica atual e

também por ter relevante significância em termos econômicos. Aliado a isso, existe o fato de as consultas médicas resultarem quase sempre numa prescrição, decorrente de uma visão limitada da saúde, para a qual o medicamento tornou-se a principal ferramenta (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2018).

3.3.2 Ações em Saúde Mental Realizadas na USF

Diante da demanda apresentada na USF, iniciamos um novo modelo de renovações de receita, onde era obrigatória a presença do paciente, caso esse paciente tivesse algum impedimento para comparecer a ub, a equipe de saúde junto com o medico iriam uma visita domiciliar para prosseguir o acompanhamento do paciente e renovação de receita. Após essa intervenção todos os pacientes da ub que tinham algum diagnóstico de saúde mental começaram a ter um acompanhamento mensal, desta forma uma grande parte dos quadros de doenças mentais que estavam agravados foram estabilizadas. Com isso conseguimos identificar os casos necessários para iniciar o atendimento matricial com o psiquiatra e psicologo, aqueles casos que não haviam possibilidades de acompanhamentos na ub, após análise do caso junto ao especialista, referenciávamos aos caps, ou unidades especializadas para internação do paciente.

A proposta de atendimento matricial faz-se a partir do desenho de um projeto terapêutico integrado entre a equipe de referência da atenção básica e a equipe de outros serviços adequados à demanda de cada caso. Nesse sentido, as intervenções seriam complementares umas às outras, de modo que os projetos terapêuticos fossem enriquecidos, utilizando-se do compartilhamento dos saberes específicos dos diversos profissionais de saúde. Além disso, a proposta do AM busca o funcionamento efetivo da rede, em que os CAPS deveriam atuar, no caso da Saúde Mental, como articulador estratégico, trabalhando em conjunto com as Unidades Básicas e com outros setores, sejam serviços de saúde ou outros recursos comunitários, ou seja, trata-se de mudanças de práticas e por isso produzem resistências tanto nas equipes de atenção básica quanto nas de serviços especializados (DIMENSTEIN et al., 2009).

A proposta do AM, segundo Campos e Domitti (2018), aponta exatamente a construção de estratégias integradas entre a equipe de referência da Unidade Básica e a equipe apoiadora. Isso permite a construção coletiva de práticas de intervenção, explorando os diversos saberes sobre os casos apresentados, privilegiando a corresponsabilização.

4 Metodologia

Esse é um estudo de organização das ações de saúde mental na Unidade Básica de Saúde Chácara do Banco, localizada no bairro Restinga em Porto Alegre – RS a partir da implantação de um arranjo na agenda de atendimento na unidade para os pacientes com demanda de saúde mental.

Esse arranjo visa a disparar a ampliação da clínica das equipes de referência e reorientar a demanda para a saúde mental. Desviando os encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da corresponsabilização, ele pretende produzir maior resolutividade à atenção em saúde, com o apoio da equipe de saúde local (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitárias de saúde) e NASF. O estudo foi iniciado em janeiro de 2018 até janeiro de 2019 com a criação de uma agenda especial, destinando um dia da agenda de atendimento para as consultas de saúde mental, gerando uma demanda semanal de 40 atendimentos.

O público alvo não se trata somente de pacientes com demanda de saúde mental, mas atender toda a população que necessita de um apoio relacionado ao tema, como os familiares dos usuários do sistema. Assim, tenta-se desvendar não somente as doenças, mas também desmistificar o medo e o preconceito com os quais os pacientes convivem diariamente.

Serão realizados atendimentos específicos para os pacientes, em atendimento de renovação de receita e avaliação do paciente. Será destinada atendimento de uma hora todos os dias para esse tipo de atendimento, o qual já estamos fazendo, de maneira aleatória, aos pacientes e estamos ainda definindo dias com essa finalidade. Por enquanto, os atendimentos permanecem sendo realizados todos os dias.

Serão realizados grupos e rodas de conversas às sextas-feiras. Na oportunidade, abordaremos sobre os diversos temas de saúde mental, orientando os familiares e a população em geral sobre o tema. Alguns exemplos de temas são:

- Preconceito com o paciente em sofrimento mental
- O uso indevido de medicamentos psicotrópicos
- Cuidados em geral e com as doenças crônicas.

Essas ações serão realizadas na unidade de saúde a cada 15 dias em formato de rodas de conversas e palestras. Farão parte dessa ação os profissionais médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros e, sempre que possível, psiquiatras e dentistas. O principal objetivo é conseguir ter uma maior atenção e adesão ao tratamento desses pacientes, e familiares dando todo o suporte necessário.

5 Resultados Esperados

Esperamos estimular e educar os pacientes em sofrimento mental a não somente solicitar renovação de suas receitas e sim manterem um vínculo mais proximal com a unidade de saúde. Desse modo, inicia-se e mantém-se o acompanhamento tanto com a equipe de saúde local, como com a equipe do NASF por meio dos matriciamentos. Assim, conseguiremos reduzir o uso desnecessário de psicotrópicos e também estabelecer e manter a terapia adequada aos pacientes. Dessa forma, diminuimos as demandas de pacientes desassistidos daqueles que buscam atendimentos no CAPS, reduzindo as internações psiquiátricas.

Referências

- CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado na página 20.
- CARVALHO, L. de F.; DIMENSTEIN, M. *O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres*. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22388.pdf>>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado na página 19.
- DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 1, p. 63–74, 2009. Citado 4 vezes nas páginas 15, 16, 19 e 20.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. *Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde*. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado na página 17.
- PMPA. *Prefeitura Municipal de Porto Alegre - Secretaria de Saúde*. 2018. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>>. Acesso em: 10 Nov. 2018. Citado na página 10.
- ROSA, L. C. dos S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2011. Citado na página 15.
- SAÚDE, M. da. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*. 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- SAÚDE, O. O. M. da. *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas*. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado na página 16.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. *Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família*. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado na página 19.
- SILVEIRA, D. P. da; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 139–148, 2009. Citado 3 vezes nas páginas 17, 18 e 19.
- WIKIPÉDIA. *Restinga - Porto Alegre*. 2018. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Restinga_\(Porto_Alegre\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Restinga_(Porto_Alegre))>. Acesso em: 10 Nov. 2018. Citado na página 9.