

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Betânia de Paula Alves

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DE ALGUNS ASPECTOS QUE
INFLUENCIAM A QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS COM TRANSTORNOS
MENTAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ZILAH SPÓSITO DO MUNICÍPIO DE
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte
2020**

Betânia de Paula Alves

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DE ALGUNS ASPECTOS QUE
INFLUENCIAM A QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS COM TRANSTORNOS
MENTAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ZILAH SPÓSITO DO MUNICÍPIO DE
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado
em Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Eluana de Araújo Gomes

Belo Horizonte

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que aos treze dias do mês de março de 2021, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **BETÂNIA DE PAULA ALVES** intitulado “PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DE ALGUNS ASPECTOS QUE INFLUENCIAM A QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS COM TRANSTORNOS MENTAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ZILAH SPÓSITO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. ELUANA DE ARAUJO GOMES e Dra. ELIANA APARECIDA VILLA. O TCC foi aprovado com a nota 86.

Esta ata foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia treze do mês de março, do ano de dois mil e vinte e um e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 16 de março de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 16/03/2021, às 13:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0622413** e o código CRC **CAFFDBFF**.

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que colaboraram para a realização desse trabalho: à minha tutora Daniela Coelho Zazá, à orientadora Eluana de Araujo Gomes e aos colegas de trabalho da unidade básica de saúde que contribuíram com o auxílio no levantamento de dados pertinentes à realização da pesquisa.

RESUMO

A incidência das doenças relacionadas à saúde mental tem aumentado nos últimos anos em todo o mundo. As altas taxas de diagnóstico desses transtornos mentais nas unidades básicas de saúde tem exigido dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica o desenvolvimento de estratégias que atendam às demandas desses pacientes visando o atendimento e o cuidado integrais desses usuários. Objetivando amparar essa necessidade crescente de atendimento e atenção o presente trabalho possui como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para melhorar a qualidade de vida dos usuários com transtornos mentais atendidos pela equipe de saúde da família Azul do centro de saúde Zilah Spósito, no município de Belo Horizonte. Essa intervenção acontecerá através da realização de grupos que ofereçam a esses usuários um programa de exercícios físicos e um programa de atividades voltadas para a possibilidade de aumento e melhora da interação social desta população. Todas estas ações refletirão na promoção da melhora da respectiva qualidade de vida destes usuários. Para isso, foi realizado um planejamento estratégico situacional utilizando o método da estimativa rápida para pesquisa e levantamento dos dados pertinentes à elaboração do diagnóstico situacional do território de abrangência da equipe de saúde da família que acompanhamos. Após a definição do problema de saúde mais prevalente e que seria objeto de abordagem, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema utilizando como referência artigos indexados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, publicados entre os anos de 2010 e 2020. A partir das intervenções realizadas, espera-se que esses usuários apresentem melhorias na sua qualidade de vida tanto nos aspectos físicos, com a redução do sedentarismo e maior disposição no desempenho de suas atividades diárias, quanto em aspectos psicológicos, melhorando a comunicação e interação entre eles. Sendo assim, o trabalho possui relevância ao se direcionar a um público que ainda carece de oportunidades de atendimento que extrapolem os tratamentos convencionais baseados no uso de medicamentos e de terapias psicológicas, que são extremamente importantes, mas que necessitam de outras abordagens que oportunizem novas possibilidades e que sejam complementares, visando a integralidade do cuidado desses pacientes.

Palavras-chave: saúde mental, exercício e atenção primária à saúde

ABSTRACT

The incidence of mental health-related illnesses has increased in recent years worldwide. The high rates of diagnosis of these mental disorders in basic health units have required health professionals working in primary care to develop strategies that meet the demands of these patients with a view to providing comprehensive care and care for these users. In order to meet this growing need for care and attention, the present work aims to develop an intervention proposal to improve the quality of life of users with mental disorders attended by the family health team Azul at the Zilah Sposito health center, in the municipality of Belo Horizonte. This intervention will happen through the realization of groups that offer these users a physical exercise program and a program of activities aimed at the possibility of increasing and improving the social interaction of this population. All of these actions will reflect on promoting the improvement of the respective quality of life for these users. For this, a situational strategic planning was carried out using the method of rapid estimation for research and survey of data pertinent to the preparation of the situational diagnosis of the territory covered by the family health team that we monitor. After defining the most prevalent health problem that would be addressed, a bibliographic review on the topic was carried out using as a reference articles indexed in the Virtual Health Library databases, published between the years 2010 and 2020. From the interventions performed, these users are expected to show improvements in their quality of life both in physical aspects, with a reduction in sedentary lifestyle and greater willingness to perform their daily activities, as well as in psychological aspects, improving communication and interaction between them. Therefore, the work has relevance when targeting an audience that still lacks service opportunities that go beyond conventional treatments based on the use of medications and psychological therapies, which are extremely important, but which need other approaches that enable new possibilities and that they are complementary aiming at the integral care of these patients.

Keywords: mental health, exercise and primary health care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CECOS – Centros de convivência
CEM – Centro de Especialidades Médicas
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM AD - Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas
CERSAMI - Centro de Referência em Saúde Mental Infantil
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAB – Centro de Referência em Reabilitação
CTA/SAE – Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atenção Especializada
CTI - Centro de Tratamento Intensivo
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia
IDEB – índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVS – Índice de Vulnerabilidade à Saúde
NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial da Saúde
PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PIB – Produto Interno Bruto
PICS – Práticas Integrativas Complementares
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PSE – Programa de Saúde na Escola
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISREDE – Sistema Gestão Saúde em Rede
SISREG – Sistema de Regulação
SRT – Serviços Assistenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
UPA's – Unidades de Pronto Atendimento
URS – Unidade de Referência Secundária
UTI– Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Azul, Unidade Básica de Saúde Zilah Spósito, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.	26
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Saúde Mental.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Azul, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais	53
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Saúde Mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Azul, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais	55

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	Aspectos gerais do município.....	9
1.2	O sistema municipal de saúde	10
1.3	Aspectos da comunidade	19
1.4	A Unidade Básica de Saúde Zilah Spósito.....	20
1.5	A Equipe de Saúde da Família Azul da Unidade Básica de Saúde Zilah Spósito.....	21
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Azul	22
1.7	O dia a dia da equipe Azul	23
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade ..	25
1.9	Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	26
2	JUSTIFICATIVA	28
3	OBJETIVOS	30
3.1	Objetivo geral:	30
3.2	Objetivos específicos:	30
4	METODOLOGIA.....	31
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	33
5.1	Saúde mental como um relevante problema de saúde pública	33
5.2	Saúde mental na atenção primária e na estratégia de saúde da família	36
5.3.	Benefícios da atividade física para indivíduos com transtornos mentais	42
6.	PLANO DE INTERVENÇÃO	47
6.1	Descrição do problema selecionado	47
6.2	Explicação do problema selecionado	50
6.3	Seleção dos nós críticos	52
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
	REFERÊNCIAS.....	60

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Belo Horizonte é a cidade capital do estado de Minas Gerais. O município é cadastrado no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sob o código 3106200 (IBGE, 2019). Aquele que nasce ou reside em Belo Horizonte é denominado belo-horizontino. A capital possuía, no último censo realizado em 2010, uma população de 2.375.151 pessoas e uma projeção de 2.512.070 habitantes em 2019, o que corresponde à maior população do estado de Minas Gerais e a sexta maior do país (IBGE, 2019). Desse total de habitantes 46,88% são homens e 53,12% são mulheres, e a religião predominante é a católica apostólica romana, seguida da evangélica e espírita (IBGE, 2019). A cidade possuía, em 2010, uma densidade demográfica de 7.167,00 habitantes por quilômetro quadrado. E, de acordo com a pirâmide etária registrada no censo de 2010, a maior parte da população é de adultos jovens, com faixa etária entre 20 e 34 anos, caracterizada com “bônus demográfico” devido ao fato de representar um grande contingente de pessoas em idade produtiva (IBGE, 2019). Pode-se observar, ao analisarmos os dados do censo de 2010, uma queda nas taxas de natalidade, número de nascimentos por ano, e fecundidade, número médio de filhos por mulher em idade reprodutiva, e um aumento na expectativa de vida da população (IBGE, 2019).

No ano de 2017, o salário médio mensal da população era de 3,6 salários-mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 57,5% e a capital ocupa a 4ª posição no ranking dos municípios brasileiros em termos de produto interno bruto (PIB). O índice de desenvolvimento humano na capital é de 0,810 (IBGE, 2019).

Com relação à educação, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 97,6% no município. Um dado que merece atenção é a nota do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) na rede pública de ensino, onde nos anos iniciais do ensino fundamental é de 6,4 e nos anos finais do ensino fundamental cai para 4,5 (IBGE, 2019).

Ao se analisar o território e o ambiente, a cidade possui 82,7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 44,2% de domicílios urbanos em vias

públicas com urbanização adequada, que inclui a presença de bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2019). A capital apresenta 96,2% de seus domicílios com esgotamento sanitário adequado, o que é uma informação importante em termos de saúde.

No que se refere à saúde, segundo o IBGE, a cidade de Belo Horizonte em 2017 apresentou uma taxa de mortalidade infantil média de 9.99 para 1.000 nascidos vivos, comparando com os dados dos outros municípios do estado a cidade fica na posição 462 dentre os 853 municípios. E em 2009 possuía 328 estabelecimentos de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), contando com 3434 leitos disponíveis no setor público. Dos 328 estabelecimentos do SUS disponíveis, 239 prestavam serviços ambulatoriais, 16 de diálise, 33 de emergência, 36 de internação e 19 possuíam Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) ou Centros de Tratamento Intensivo (CTI). No ano de 2017, as maiores causas de óbitos em Belo Horizonte foram as doenças do aparelho circulatório (3669 pessoas), seguidas dos neoplasmas/tumores (3482 pessoas) e das doenças do aparelho respiratório (1699 pessoas).

Para uma melhor gestão e planejamento da cidade, Belo Horizonte é subdividida em nove áreas administrativas regionais, sendo elas: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Um indicador importante que se relaciona à saúde é o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) que é composto por indicadores socioeconômicos e de saneamento que evidenciam as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos e identifica áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis dentro do espaço urbano delimitado. Esse índice é considerado como um parâmetro para calcular numericamente a população a ser vinculada a um Centro de Saúde, além de orientar políticas públicas de saúde.

1.2 O sistema municipal de saúde

Com base na conceituação presente no texto “Modelos Assistenciais: sistemas, modelos e redes de atenção à saúde”, as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de serviços de saúde que permitem que haja uma atenção contínua e integral a uma população determinada, essa integralidade é coordenada pela atenção primária à saúde (MENDES, 2011). Essas redes de atenção à saúde apresentam, portanto, algumas características importantes: possuem responsabilidades sanitárias

e econômicas por sua população; não possuem hierarquia entre os pontos de atenção; há uma continuidade do cuidado nos níveis primário, secundário e terciário; buscam promover uma atenção integral que engloba intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas (MENDES, 2011). O mesmo autor afirma que as redes de atenção à saúde são constituídas de três elementos, sendo eles: a população adscrita, organizada em territórios; a estrutura operacional das redes, composta pelos pontos de atenção à saúde secundários e terciários, um centro de comunicação na atenção primária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, e o sistema de governança da rede; e o modelo de atenção à saúde que é o sistema que organiza o funcionamento das redes, articulando as relações entre seus componentes e as intervenções necessárias.

Outra importante fonte de dados para a caracterização da cidade de Belo Horizonte é o Plano Municipal de Saúde (PMS). Ele é um instrumento de planejamento realizado pela gestão municipal com o propósito de definir os objetivos, diretrizes e metas a partir de uma análise situacional que apresenta as necessidades de saúde da população e as peculiaridades do município. A sua elaboração se dá por meio de um processo participativo, em consonância com os dispositivos legais que regem o SUS e com os espaços de gestão participativa, como o Conselho Municipal de Saúde e as Conferências de Saúde, o que permite um processo de discussão e avaliação dos problemas de saúde do município por diferentes atores envolvidos. De acordo com esse documento, o modelo de governança da atenção à saúde na cidade é baseado na gestão do cuidado em rede (PMS, 2018). Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde e é responsável por atender e resolver a maior parte das necessidades desses usuários. Essa gestão do cuidado em rede busca garantir uma maior equidade, com foco na APS, atenção voltada à pessoa e a integralidade e coordenação do cuidado pela atenção primária (PMS, 2018). A política voltada à atenção primária à saúde contribui para que haja um fortalecimento das redes de atenção nos diferentes ciclos de vida e contempla desde ações de promoção à saúde até a prevenção de doenças e a reabilitação, objetivando a integralidade do cuidado (PMS, 2018). Conforme o documento, a rede de atenção à saúde em Belo Horizonte está organizada em um arranjo híbrido, concentrando alguns serviços e dispersando outros. Sendo assim, os serviços de menor densidade tecnológica, como os presentes na atenção primária à

saúde (Unidades Básicas de Saúde), estão dispersos por todo o território, enquanto os de maior densidade tecnológica estão mais concentrados, como é o caso dos hospitais e das unidades de processamento de exames de imagem e patologia clínica (PMS, 2018). Toda a estrutura das redes de atenção à saúde do SUS-BH, é composta, portanto, por um conjunto de unidades de saúde e de sistemas de apoio. O município de Belo Horizonte possui assim, algumas redes que atuam visando o cuidado integral ao usuário em todos os ciclos de vida, dentre eles podemos citar: a rede de atenção à mulher, gestante, puérpera e recém-nascido; à criança e ao adolescente; ao adulto e idoso com doenças crônicas; saúde bucal; atenção psicossocial; à pessoa com deficiência; rede de urgência, emergência e hospitalar (PMS, 2018).

Na atenção primária à saúde, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi implementada em Belo Horizonte em 2002. De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021 da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), em 2017 havia 588 equipes de saúde da família na cidade que realizavam uma cobertura populacional de 80,38% (PBH, 2018). Nesse mesmo ano o município contava com 59 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), composta por uma equipe multiprofissional que inclui psicólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, educador físico, fonoaudiólogo e assistente social (PBH, 2018). Cabe ressaltar, entretanto, que nem todas as equipes são compostas por todos esses profissionais. O NASF realiza atuação compartilhada junto à equipe de saúde da família por meio de atendimentos clínicos, visitas domiciliares, ações coletivas de promoção à saúde, prevenção e reabilitação, discussões de casos e ações de mobilização social (PBH, 2018). O agente comunitário de saúde (ACS) possui uma função primordial dentro da equipe por ser o elo de ligação direta com a população (PBH, 2018). Ele é responsável pelo cadastro dos usuários da área de abrangência da equipe, pelas visitas domiciliares, pelo acompanhamento das famílias, pelo contato direto realizando atividades de promoção e vigilância à saúde, e pela orientação das famílias quanto à disponibilidade e utilização adequada dos serviços de saúde. Todos os profissionais que atuam na atenção primária à saúde devem seguir um modelo de trabalho compartilhado, evitando a fragmentação das atividades, e buscando uma corresponsabilização pela atenção/resolução dos problemas de saúde da população da sua área de abrangência, objetivando a construção de vínculos com essa

população (PBH, 2018). Além disso, existem as equipes de saúde bucal nos centros de saúde e nos centros de especialidades odontológicas que são responsáveis pela promoção, prevenção e tratamento da saúde bucal, além de realizarem ações nas escolas por meio do Programa de Saúde na Escola (PSE). A rede de assistência também conta com atendimento psicossocial nos distritos sanitários aos pacientes com sofrimento mental e em uso prejudicial de álcool e outras drogas (PBH, 2018). Além das equipes complementares que atuam nos centros de saúde, o município conta com os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), CRESAM Álcool e outras Drogas (CERSAM-AD), e o CERSAM infantil (CERSAMi) (PMS, 2018). As Práticas Integrativas Complementares (PICS) também estão presentes na atenção básica com a oferta de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Antroposófica, entre outras práticas (PBH, 2018).

Desde 2017, a cidade conta com nove Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), localizadas nas nove regionais e com todo o território coberto pelos serviços de urgência. Cerca de 97% dos casos que chegam a esses locais são resolvidos na própria unidade. Nas UPAs são realizados atendimentos nas especialidades de clínica médica, pediatria, cirurgia, ortopedia e odontologia (PBH, 2018).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) presta assistência em saúde no domicílio de pacientes com demandas de cuidado de complexidade intermediária entre os hospitais e os centros de saúde, evitando possíveis internações. Para que o paciente usufrua desse serviço é necessário que haja um encaminhamento, realizado por um profissional de saúde, e que o usuário se enquadre em alguns critérios, sendo eles: residir em Belo Horizonte, possuir certa idade, ter um cuidador responsável, ter diagnóstico definido e possuir consentimento do paciente e da família (PBH, 2018).

No que se refere à atenção secundária, consta no Plano Municipal de Saúde da capital que a rede de cuidados especializados complementares está relacionada à atenção especializada de média complexidade e é composta por equipamentos próprios e de serviços conveniados e contratados (PBH, 2018). Essa rede de serviços procura garantir uma assistência integral e uma equidade entre os diferentes territórios. A rede própria da prefeitura contava, em 2017, com 5 Unidades de Referência Secundária (URS), 9 Centros de Especialidades Médicas (CEM), 4 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 4 Centros de Referência em

Reabilitação (CREAB), 1 Centro Municipal de Oftalmologia, 1 Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem, 1 Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas Parasitárias e 2 Centros de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atenção Especializada (CTA/SAE). Além disso, possuem os laboratórios próprios para apoio diagnóstico (PBH, 2018).

Na atenção terciária, as internações em hospitais são realizadas em diversos hospitais da rede SUS-BH, contudo, entre eles há hospitais federais (Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais), estaduais (rede Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais), municipais, filantrópicos 100% SUS (Santa Casa, São Francisco, Sofia Feldman, Hospital Universitário Ciências Médicas e Hospital da Criança), filantrópicos (Hospital Evangélico, Hospital Baleia, Associação Mário Penna, Madre Teresa, Paulo de Tarso e Rede Sarah Belo Horizonte) ou privados (Felício Rocho, Biocor Instituto, Centro Oftalmológico de Minas Gerais, Fundação Hilton Rocha, Hospital Infantil Padre Anchieta) (PBH, 2018). Os hospitais municipais são: o Hospital Metropolitano Odilon Behrens, o Hospital Risoleta Tolentino Neves e o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro. Com base nos dados presentes no Plano Municipal de Saúde, as internações de média complexidade se destacam como sendo a maioria da execução dos serviços, cerca de 85% do total (segundo a complexidade do atendimento, em média ou alta) (PBH, 2018).

A rede municipal de saúde de Belo Horizonte também conta com alguns sistemas de apoio que são essenciais para o bom funcionamento dos serviços e que podem ser analisados em diversos aspectos. Para garantir a integralidade e uma maior acessibilidade dos serviços ao usuário, a prefeitura de Belo Horizonte descentralizou os serviços de apoio diagnóstico em análises clínicas. Em 2017, a PBH contava com um Laboratório Municipal de Referência, 5 laboratórios regionais, 6 laboratórios de UPAs e 1 laboratório para diagnóstico de IST. Os laboratórios realizam uma série de exames e são importantes nas ações de vigilância epidemiológica, sendo que 97% dos exames solicitados pelos profissionais dos centros de saúde são realizados por esses laboratórios. Com a criação do programa de assistência Farmacêutica em 1993, houve a implantação de 9 farmácias regionais e a reorganização das farmácias das unidades de saúde. Posteriormente, ocorreu a inserção do farmacêutico nas unidades de saúde assistenciais, o que consolidou a assistência farmacêutica no SUS/BH. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica

(PNAF) ampliou a atuação dessa área e trouxe aspectos como prescrição, dispensação e acesso racional aos medicamentos. A assistência Farmacêutica envolve uma série de atividades como as ações logísticas (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos) e as ações assistenciais da farmácia clínica e de vigilância (formulário terapêutico, dispensação, adesão ao tratamento, conciliação de medicamentos e farmacovigilância). Ambas as ações são apoiadas pela farmacoeconomia e pela farmacoepidemiologia. Sendo assim, a assistência farmacêutica está inserida em todos os níveis de atenção à saúde de forma integrada.

Belo Horizonte também apresenta um dispositivo para a gestão da informação em saúde que é utilizado para qualificar a gestão da política pública de saúde, auxiliando para que a gestão atue de forma ordenada e integrada aos processos assistenciais e gerenciais existentes. A secretaria municipal de saúde de BH realiza de forma institucionalizada a sistematização e produção de informações em saúde que auxiliam na gestão, vigilância, atenção e produção de conhecimentos em saúde. Os principais recursos tecnológicos nos âmbitos operacional/assistencial, intermediário e de gestão estratégica da PBH são:

1. Sistema de Informação baseado na concepção de prontuário eletrônico do SUS, denominado SISREDE, utilizado em todas as unidades ambulatoriais da rede própria.
2. Sistemas de regulação do acesso à saúde nas modalidades ambulatorial e hospitalar (SA04D/CINT e SISREDE)
3. Gestão das bases de dados corporativas utilizadas pelos diversos sistemas transnacionais da secretaria municipal de saúde (SIGBASES)
4. Fornecimento de dados para alimentação de sistemas/base de dados nacionais geridas pelo Ministério da Saúde.

As estruturas logísticas também são ferramentas importantes na manutenção do bom funcionamento de todo o sistema, por auxiliarem na organização da infraestrutura oferecendo suporte e apoio à gestão. Os sistemas logísticos compreendem ações relacionadas ao transporte em saúde, à regulação do sistema, à existência do prontuário eletrônico do usuário e à identificação desse usuário por meio do cartão de identificação do SUS. Todas essas ações buscam facilitar e

organizar o acesso do usuário ao serviço. Sendo assim, vamos explicar, brevemente, a atuação de cada uma delas: com relação ao transporte, existe o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) que atende aos casos que necessitam de um atendimento imediato de transporte do paciente para uma unidade de urgência, nos casos em que haja ocorrência de traumas, urgências clínicas, obstétricas ou psiquiátricas. Nesse caso, o atendimento inicial ao se acionar o serviço é realizado por funcionários administrativos e por médicos reguladores, que avaliam os casos e liberam o atendimento pela ambulância ou orientam as pessoas sobre como devem proceder. O SAMU conta com Unidades de Suporte Básico, com auxiliares de enfermagem, e com Unidades de Suporte Avançado, que também possuem um médico. Já o transporte em saúde propriamente dito, é aquele utilizado no transporte de pacientes com quadros agudos ou crônicos que foram avaliados por profissionais de saúde em unidades de saúde ou em seu domicílio, que não apresentam risco de morte, e que necessitam de um transporte até outra unidade de saúde, geralmente de maior complexidade. O transporte é realizado em ambulâncias de pequeno porte (tipo A), e em veículos como vans para pacientes estáveis, conforme padronizado pelo Ministério da Saúde. São realizados deslocamentos de usuários portadores de quadros agudos ou crônicos intra rede, internações hospitalares, e transporte eletivo/programado para realização de exames e consultas agendadas de pessoas acamadas, com incapacidade de locomoção, e de pessoas com insuficiência renal crônica para sessões de hemodiálise.

A regulação em saúde vem sendo definida como um instrumento de garantia de acesso e uma ferramenta de gestão do sistema de saúde. Envolve desde a regulação do acesso a ações e serviços especializados ambulatoriais e a internações hospitalares, eletivas ou de urgência, até o planejamento e a viabilização da oferta dessas ações. A regulação em saúde envolve:

1. Os mecanismos de coordenação e regulação do acesso dos usuários ao atendimento especializado e às internações em um movimento articulado dos diversos setores que compõem a rede de atenção;
2. O acompanhamento e dimensionamento das necessidades por serviços e sua contratação, e a gestão da assistência hospitalar;
3. O assessoramento nas pactuações e diretrizes assistenciais das Comissões Bipartites microrregional, macrorregional e estadual;

4. A análise e o acompanhamento dos serviços de alta complexidade contratualizados;

5. A auditoria dos serviços de saúde.

No que se relaciona ao prontuário clínico dos pacientes, na PBH a secretaria municipal de saúde busca realizar a sistematização de tecnologias da informação e comunicação na construção, manutenção e desenvolvimento de sistemas de informação em saúde articulados e integrados. Com base nisso, há um sistema de informação baseado na concepção de Prontuário Eletrônico do Usuário do SUS, denominado SISREDE, que é utilizado em todas as unidades ambulatoriais da rede própria da PBH, facilitando o acesso dos profissionais da rede às informações dos pacientes em diferentes níveis de atenção.

Os diferentes pontos de atenção à saúde do município se inter-relacionam e se comunicam dentro do próprio sistema para que haja uma oferta adequada e uma continuidade dos serviços prestados à população. Além dessa integração dentro do próprio município, há uma articulação envolvendo outros municípios, nos casos em que essa interação se faz necessária. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um instrumento de gestão no qual são definidos os limites de financiamento do Teto de Média e Alta Complexidade para que os municípios possam custear e ter acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade. A partir disso, há uma lógica de oferta regionalizada na qual um município polariza os municípios de toda uma base microrregional. No caso de Belo Horizonte, o município apresenta-se como um município estratégico para o SUS-MG, sendo referência estadual, macro e microrregional, recebendo, portanto, recursos de diversos municípios de Minas Gerais. Em contrapartida ao recebimento desses recursos, Belo Horizonte é uma cidade polo da região que recebe as demandas de pacientes de diversos municípios com relação aos serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade.

A referência e a contrarreferência dentro do município ocorrem da seguinte maneira: a solicitação de consultas, exames ou tratamentos especializados pelas unidades de saúde da rede é realizada por meio do Sistema de Regulação Ambulatorial (SISREG). As marcações são encaminhadas pelos centros de saúde para a Central de Marcação de Consultas ou Central Regional, dependendo da especialidade que está sendo requerida. Após ser realizada a marcação por essa

central, o aviso ao usuário é realizado pelo Centro de Saúde. Sendo assim, a unidade básica de saúde é o ponto inicial do tratamento, ao ser o responsável pelo encaminhamento do paciente, e é também o articulador final desse processo, ao ser responsável por informar ao usuário sobre a marcação de sua consulta/exame. Após a realização dos procedimentos necessários nos outros pontos de atenção, o paciente volta a ser acompanhado por sua equipe de saúde da família na unidade básica de saúde.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Belo Horizonte, o modelo de governança da atenção à saúde na cidade é baseado na gestão do cuidado em rede. Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde e é responsável por atender e resolver a maior parte das necessidades desses usuários. Essa gestão do cuidado em rede busca garantir uma maior equidade, foco na APS, atenção voltada à pessoa e a integralidade e coordenação do cuidado pela atenção primária. A política voltada à atenção primária à saúde contribui para que haja um fortalecimento das redes de atenção nos diferentes ciclos de vida e contempla desde ações de promoção à saúde até a prevenção de doenças e a reabilitação, objetivando a integralidade do cuidado.

O sistema municipal de saúde de Belo Horizonte é bem estruturado e articulado. Há uma conexão entre os diversos pontos de atendimento e a regulação desses atendimentos segue critérios que buscam a universalidade, equidade e integralidade do cuidado. Os sistemas informatizados também são facilitadores para que os diferentes profissionais da rede que atuam em diversos níveis possam acompanhar o usuário e o seu histórico de saúde de maneira mais fidedigna. Mas, como não poderia deixar de ser, ainda há diversos aspectos que necessitam de melhorias. Ainda há uma demora grande no acesso aos atendimentos especializados pela população, a marcação de consultas, exames e cirurgias eletivas chega a demorar meses ou até anos, o que impossibilita a realização do tratamento adequado dentro de um prazo razoável e pode representar um detalhe crucial no sucesso do tratamento, por exemplo em casos de câncer. As unidades de pronto atendimento apresentam defasagem no quadro de profissionais, o que provoca a demora ou a falta de atendimento. Aos profissionais não são ofertados cursos de formação ou atualização, além de muitos trabalharem sobrecarregados devido ao elevado fluxo de atendimento. O sistema de transporte ainda está aquém das necessidades, seja o

transporte de pacientes ou de profissionais às visitas domiciliares. Muitos pacientes reclamam da falta de medicamentos nas farmácias das unidades básicas de saúde, o que gera um ônus muito grande aos usuários, principalmente aqueles de baixa renda.

A cultura de se valorizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças vem aos poucos sendo priorizada no município, mas ainda não possui a relevância e o impacto necessários para que haja uma mudança de hábitos/comportamento da população. Enfim, sempre há muito ainda o que ser melhorado em todos os patamares para que de fato se alcance um atendimento à saúde de qualidade e um cuidado integral do cidadão.

1.3 Aspectos da comunidade

A área de abrangência da Equipe de Saúde da Família que irei abordar é uma área de ocupação, que iniciou sua formação em 2013, de acordo com estimativas realizadas pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), existente no bairro Zilah Spósito. A área compreendia o terreno em que antigamente existia uma fazenda, e era conhecida como Granja Werneck. Localiza-se na região norte de Belo Horizonte, próximo à divisa com o município de Santa Luzia e ao lado do bairro Zilah Spósito. Há cerca de dois anos a prefeitura de Belo Horizonte vem acolhendo os moradores dessa região de ocupação e, inclusive, a população já foi cadastrada por agentes de saúde e foi criada uma equipe na unidade básica de saúde mais próxima para atendê-los. Atualmente, o local compreende o bairro Rosa Leão e as ruas existentes já foram nomeadas e numeradas. No novo bairro, por ser uma antiga área de ocupação, ainda não há saneamento básico, rede de esgoto, coleta de lixo, nem energia elétrica e água regularizadas. As pessoas possuem acesso a esses serviços por meio de ligações irregulares/clandestinas.

A condição socioeconômica dos moradores é bastante precária e muitos deles encontram-se desempregados, dependendo apenas de recursos advindos de programas sociais do governo para sua subsistência, conforme levantamento obtido no CRAS da comunidade. Não há uma estrutura e oferta adequada de serviços públicos para atendê-los, como escolas, creches ou associações, e a população é atendida nos equipamentos públicos que já existiam na região, que foram

sobrecarregados com esse aumento da demanda, inclusive o centro de saúde. É uma população muito carente em todos os aspectos, sociais e de serviços públicos.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Zilah Spósito

A Unidade Básica de Saúde do bairro Zilah Spósito tornou-se um centro de saúde independente no final do ano de 2017. Até esse ano funcionava como um anexo do Centro de Saúde Jaqueline, um bairro próximo à região. A unidade básica de saúde funciona dentro do Centro de Referência da Assistência Social do bairro (CRAS Zilah Spósito) em um dos andares do prédio. A estrutura física do local está passando por uma reforma para readequação do espaço físico, que é bastante improvisado. Existem poucos consultórios para as equipes, a sala de observação é pequena, não há uma sala separada para a realização de curativos, não há sala de vacinas (a população ainda precisa se deslocar até o centro de saúde Jaqueline), a sala da equipe de zoonoses (Agentes de Combate à Endemias) foi improvisada em um antigo vestiário, não há sala para a equipe de ACS (Agentes Comunitários de Saúde), não há uma sala de reuniões, não há consultório de atendimento odontológico (a população ainda precisa se deslocar até o centro de saúde Jaqueline), a recepção é pequena e não possui local para que os pacientes aguardem o atendimento assentados, enfim, a estrutura física ainda é inadequada para que os atendimentos sejam realizados com qualidade. A população da área de abrangência do centro de saúde tem aumentado consideravelmente com a inclusão de populações de grandes áreas de ocupação existentes na região, entretanto, esse aumento da demanda não tem sido acompanhado pela melhoria na estrutura de atendimento. Parte da população atendida tem um acesso dificultado à unidade básica de saúde devido à distância de suas moradias e ao difícil acesso de algumas regiões, principalmente as regiões de ocupação cujas ruas não possuem pavimentação, além de serem bastante inclinadas (grandes aclives e declives na região), sendo assim, a acessibilidade ainda se apresenta como uma barreira, dificultando o acesso adequado às ações de saúde. Por outro lado, dentro do centro de saúde o acesso não é um fator limitante por não existirem escadas, já que toda a unidade se concentra em um único andar do prédio, o primeiro pavimento. A falta de equipamentos, materiais e insumos é uma realidade, não somente desta unidade de saúde, e muitos dos atendimentos são realizados com

algumas improvisações de instrumentos, o que as vezes se torna um fator de conflito entre usuários e profissionais.

A Unidade básica de saúde apresenta diversos problemas que estão diretamente relacionados à qualidade do atendimento ofertado ao usuário. A estrutura física é inadequada não havendo locais apropriados ao atendimento integral, faltam: consultórios suficientes, sala de espera ampla que possua cadeiras, sala de vacina, sala de atendimento ginecológico, consultório de saúde bucal. Além da falta de equipamentos e insumos suficientes para os atendimentos. Os profissionais também não possuem salas para realizarem seu trabalho de maneira adequada, não havendo computadores suficientes, sala para a equipe de ACS, sala para a equipe de zoonoses com um vestiário disponível, não há consultório adequado que ofereça o sigilo necessário para o acolhimento aos usuários. Outro problema recorrente é a rotatividade constante de funcionários, as mudanças são muito frequentes e não é raro que as equipes não estejam completas, o que sobrecarrega alguns profissionais e inviabiliza o atendimento com qualidade. A troca constante de funcionários também é um fator preocupante, já que o funcionário novato no território demanda certo período de adaptação ao processo de trabalho da unidade, além de não conhecer a população da sua área de abrangência, o que interfere no cuidado.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Azul da Unidade Básica de Saúde Zilah Spósito

A equipe de saúde da família que está sendo descrita é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. A equipe atende uma população de cerca de 2800 usuários cadastrados. Importante salientar que esses usuários são fundamentais para o bom funcionamento da equipe em diferentes aspectos, já que eles são os objetos de trabalho da equipe, mas, ao mesmo tempo, são agentes dentro do processo de trabalho. Eles se tornam agentes uma vez que são fundamentais para que os objetivos do acompanhamento em saúde sejam alcançados, sem que haja uma participação ativa desses sujeitos em todas as etapas do tratamento e das recomendações prescritas pelos profissionais (FARIA et al., 2019).

O processo de trabalho em saúde requer que todo o cuidado voltado ao usuário seja realizado baseando-se em alguns atributos que buscam qualificar as ações desenvolvidas (FARIA et al., 2019). Sendo assim, é importante que façamos uma análise de alguns desses critérios relacionando-os à rotina de trabalho dos profissionais e da equipe de saúde da família como um todo. A equipe deve buscar desenvolver suas ações na expectativa de que sejam eficazes e eficientes na resolução dos problemas apresentados pelos usuários e na otimização dos recursos disponíveis, lembrando sempre que a expectativa de profissionais e usuários podem ser divergentes dentro do contexto de saúde (FARIA et al., 2019).

Nesse aspecto é relevante que a equipe avalie como se dá a organização de sua agenda de atendimentos e de ações e como está a resolubilidade das questões apresentadas dentro do contexto do seu território de atuação. Outro atributo que deve ser considerado é a equidade que é entendida como a distribuição das ações, dentro do contexto de trabalho, voltadas para as necessidades e especificidades de determinada população, o reconhecimento dessas diferentes necessidades se dá por meio de uma análise diagnóstica da população que compõe o território (FARIA et al., 2019). Sendo assim, é importante que as ações de promoção em saúde e de prevenção sejam voltadas para as necessidades específicas daquela população, por exemplo, em um local onde há grande incidência de sífilis deve-se realizar ações que abordem a prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis (IST's). Levando sempre em consideração também que se deve buscar que a ação desenvolvida esteja relacionada às expectativas dos usuários, respeitando seus valores e a maneira como eles enxergam as situações a que estão expostos (FARIA et al., 2019). O que para nós profissionais pode ser uma atitude extremamente perigosa e inadequada, do ponto de vista da saúde individual e coletiva, pode ser algo presente rotineiramente na realidade dessas pessoas, como acontece com a iniciação sexual sem o uso do preservativo. E esse trabalho visando a equidade está, de certa forma, relacionado também ao fato de oportunizar a ação do cuidado quando ela se faz necessária, o que abrange o atributo da oportunidade, um cuidado ofertado no momento oportuno tende a ser mais efetivo proporcionando resultados mais positivos (FARIA et al., 2019).

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Azul

A Unidade Básica de Saúde funciona, atualmente, de 7:00h às 19:00h de segunda à sexta-feira. As coletas de exames laboratoriais se iniciam às 7:00h, entretanto, as consultas agendadas e o acolhimento se iniciam somente a partir das 8:00h. A entrega de medicamentos na farmácia ocorre de 7:00h às 18:30h. Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias trabalham de 8:00h às 17:00h realizando, nesse período, as visitas domiciliares e as demais atividades que exercem dentro da unidade de saúde. Existem, atualmente, três equipes de saúde da família no centro de saúde, todas elas com quadro completo de funcionários. Além disso, há uma enfermeira e uma médica de apoio, um psiquiatra e um psicólogo que atendem os casos relacionados à saúde mental, uma pediatra e uma assistente social. Há também uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que apoia as equipes de saúde da família e que possui uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta, uma farmacêutica, uma psicóloga e uma educadora física. Os profissionais das equipes se organizam em escalas de trabalho para realizarem a cobertura de todos os setores em funcionamento (observação, curativo, coleta, farmácia, acolhimento).

1.7 O dia a dia da equipe Azul

O processo de trabalho da equipe é organizado da seguinte maneira: todos os dias pela manhã acontece o acolhimento no horário de 8:00h às 9:00h. Nesse período, são distribuídas senhas para todos os usuários da equipe que estiverem na unidade de saúde a procura de atendimento via demanda espontânea, não há um limite de atendimentos por dia. Todos os usuários que receberam senha passarão por um acolhimento com a enfermeira da equipe, que irá avaliar cada um dos casos. Os casos agudos são atendidos e, de acordo com a necessidade, são direcionados para o médico da equipe naquele mesmo dia. Ocorre também a marcação de consultas agendadas para aqueles que não estiverem com nenhuma necessidade de atendimento imediato e para os casos que precisam de serem acompanhados. As pessoas que chegarem à unidade buscando atendimento depois das 9:00h, após a distribuição das senhas de acolhimento, também são avaliadas pela equipe e, de acordo com a necessidade do caso, são atendidas pelo médico da equipe ou pelo médico de apoio no mesmo dia ou são agendadas em outros dias, ou orientadas a

retornarem no próximo dia para o acolhimento da equipe. Geralmente, o período da manhã é dedicado ao atendimento dos usuários que buscaram o acolhimento. No período da tarde a equipe se organiza estabelecendo dias específicos da semana para a realização de puericultura, preventivos, pré natal, consultas agendadas, reuniões de equipe ou de matriciamento com a equipe NASF, visitas domiciliares (que acontecem uma vez por semana, preferencialmente a pacientes acamados ou com muita dificuldade de locomoção), e troca de receitas de hipertensos e diabéticos. A equipe também possui um grupo de planejamento familiar que se reúne uma vez por mês, nesse grupo questões relacionadas aos métodos contraceptivos e ao planejamento familiar são discutidas junto à comunidade, os usuários que se interessam, por exemplo, em realizar procedimentos como laqueadura de trompas e vasectomia devem passar pelo atendimento no grupo antes de serem encaminhados para a realização desses procedimentos.

O planejamento das ações a serem realizadas acontece nas reuniões de equipe. Geralmente as diferentes ações somente são executadas a partir de demandas específicas da secretaria municipal de saúde, como por exemplo, ações de promoção do Outubro Rosa, Setembro Amarelo, Novembro Azul, entre outras. Além dessas demandas específicas poucas ações são realizadas pela equipe voltadas à população do território. Há uma grande dificuldade no centro de saúde de espaços físicos disponíveis para a realização de grupos, o que limita um pouco essa atuação pelos profissionais. Não há um planejamento estruturado de ações a serem desenvolvidas e também não há, na maioria das vezes, uma avaliação posterior dessas ações.

A equipe relata possuir uma grande dificuldade de articular ações de intervenção junto à população de sua área de abrangência por ser uma região de ocupação que está em processo de inserção junto à unidade de saúde. A adesão da população aos programas propostos ainda é um fator limitante, por ser uma população de uma área de elevada vulnerabilidade social e de saúde e que está aos poucos se vinculando aos equipamentos e serviços públicos ofertados. Dessa maneira, a equipe relata que a aceitabilidade de algumas ações que foram desenvolvidas não aconteceu de acordo com o que foi previsto, provavelmente muitas delas não estavam devidamente adaptadas às expectativas e valores que da população, diferentemente dos valores que a equipe lhe atribuía (FARIA et al., 2019).

A demanda de atendimentos é alta e o tempo disponível para que a equipe possa discutir fatores relacionados à melhoria do processo de trabalho, educação permanente e avaliação das ações ofertadas é bastante escasso. As reuniões acabam sendo utilizadas, em grande parte, para a discussão de casos que exigem uma maior atenção da equipe, sejam eles relatados pelos agentes de saúde ou advindos de consultas via demanda espontânea. A equipe foi criada a pouco tempo, após o cadastro dos novos usuários da área de ocupação, e eles ainda estão se adequando à realidade do território e ainda estão de fato conhecendo melhor a população que atendem.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Um dos problemas de saúde identificados pelos profissionais da equipe de saúde da família de referência são os hiperutilizadores dos serviços, que seriam aqueles usuários que comparecem com frequência ao centro de saúde com queixas inespecíficas ou recorrentes e que provocam uma sobrecarga nos atendimentos da equipe. Sendo esse fato bastante comum na unidade de saúde, acabou tornando-se um problema de saúde no território.

De acordo com relatos obtidos por meio de entrevistas com os profissionais da saúde que atuam no território do centro de saúde, e que são indicadores preocupantes pelo seu alto índice são os casos de pacientes hipertensos, diabéticos e com doenças cardiovasculares. Médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde também relatam frequentemente nas reuniões de matriciamento das equipes que por se tratar de doenças crônicas, requerem um acompanhamento sistematizado por parte dos profissionais e representam um grande problema para a unidade de saúde. Somado a isso, é frequente a ocorrência de doenças osteoarticulares em usuários da região.

Os agentes comunitários de saúde em seus relatos cotidianos e as enfermeiras corroboram as informações a partir dos atendimentos realizados e ambos indicam que também são bastante comuns na área de abrangência da equipe os casos de violência e de abusos nos seus diferentes níveis: física, moral e/ou psicológica. Os casos são relatados pelos profissionais que tomam conhecimento dos mesmos a partir de atendimentos das vítimas após as agressões ou em relatos de situações passadas.

São, portanto, dados preocupantes e que merecem ser avaliados e analisados com cuidado pelos profissionais.

Entretanto, o problema de saúde que atualmente tem sido mais frequente e que tem sido relatado constantemente pela equipe de saúde em análise, a partir de relatos dos próprios profissionais atuantes, são os casos classificados como de saúde mental. Sem restringir esses casos a uma única patologia, como depressão, ansiedade ou esquizofrenia, o contingente de pacientes que estão incluídos nessa estatística é imenso, são inúmeros os casos acompanhados pela equipe em consultas periódicas para trocas de receitas de medicamentos, no apoio psicológico e psiquiátrico, e não raros também são os pacientes que necessitam, inclusive, de afastamento de suas funções laborais. No momento, trata-se, portanto, do principal problema de saúde da população da área de abrangência em análise.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Por meio do diagnóstico situacional realizado no ano de 2019 a equipe de saúde identificou que muitos problemas de saúde.

Os problemas citados foram selecionados com base em critérios de: 1) importância/urgência; 2) capacidade de enfrentamento; 3) seleção/priorização. Para melhor compreensão optou-se por fazer uma classificação da seguinte forma: alta, média e baixa. O ponto máximo que se pôde chegar foi 30 (alta frequência), conforme apresentado no Quadro 1:

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Azul, Unidade Básica de Saúde Zilah Spósito, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Baixa qualidade de vida dos usuários com	Alta	8	Parcial	1

transtornos Mentais				
Índices elevados de diagnóstico de doenças Cardiovasculares	Alta	7	Parcial	2
Índices elevados de diagnóstico de usuários hipertensos	Alta	5	Parcial	3
Índices elevados de diagnóstico de usuários diabéticos	Alta	4	Parcial	4
Índices elevados de diagnóstico de Violência/Abusos	Alta	3	Parcial	5
Índices elevados de diagnóstico de usuários hiperutilizadores	Alta	2	Parcial	6
Índices elevados de diagnóstico de doenças Osteoarticulares	Alta	1	Parcial	7

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos em “Urgência” deve totalizar 30 pontos

***Total, parcial ou fora

****Ordenar os problemas considerando os critérios avaliados

2 JUSTIFICATIVA

Inúmeras pesquisas têm demonstrado a tendência mundial de aumento das taxas de incidência de doenças relacionadas à saúde mental em todo o mundo. Em 2013, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou um plano de ação em saúde mental que representa um compromisso de todos os estados-membro da Organização Mundial da Saúde (OMS) em realizarem medidas voltadas à saúde mental (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2016). Isso demonstra a importância do tema em âmbito mundial evidenciando um trabalho conjunto envolvendo diversas lideranças internacionais.

No Brasil, observa-se também o aumento no diagnóstico dessas doenças, como a depressão e os transtornos de ansiedade por exemplo, que se tornaram bastante comuns. O aumento do número de atendimentos desses pacientes pelas equipes de saúde da família no SUS têm exigido uma maior atenção dos profissionais da saúde para essa população. De acordo com dados fornecidos pela Prefeitura de Belo Horizonte, os números de atendimentos em saúde mental na capital mais que dobraram nos últimos cinco anos, por exemplo, em 2014 foram realizados 31733 atendimentos em pessoas com idade superior a 19 anos; já no ano de 2018, foram realizados 76594 atendimentos dentro da mesma faixa etária (TRAJANO, 2019). Sabemos que a saúde mental está relacionada à saúde geral da população, sendo assim, é necessário reconhecer que essas demandas estão presentes em muitas das queixas que chegam até os serviços de saúde, principalmente na atenção básica (BRASIL, 2013). Os cuidados em saúde mental realizados na atenção básica são considerados como pontos estratégicos justamente pela facilidade de acesso e proximidade que os profissionais de saúde possuem com o usuário (BRASIL, 2013). De acordo com o Relatório Mundial da Saúde publicado pelo Ministério da Saúde em 2002, a prestação de cuidados voltados à comunidade apresenta melhores resultados e maior qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crônicas do que o tratamento institucional.

Na unidade básica de saúde do Zilah Spósito, os profissionais de saúde que atuam no atendimento à população (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e profissionais do Núcleo Ampliado em Saúde da Família - NASF) relatam em entrevistas e nas reuniões de equipe e de matriciamento o elevado índice de atendimentos de casos relacionados à saúde mental. Apesar da alta prevalência de

casos envolvendo transtornos mentais na população do território de abrangência, ainda não existem projetos ou programas voltados para o atendimento dessas pessoas, que vão além do atendimento clínico ofertado nas consultas. Sendo assim, o número significativo de atendimentos aliado à insuficiência de programas e projetos voltados a esses usuários despertou esse olhar voltado para esses usuários que, muitas vezes, se tornam marginalizados socialmente, inclusive pelos próprios familiares, em decorrência dos transtornos psicológicos provocados pelas doenças. Esse trabalho se dedica a proporcionar uma maior visibilidade a esses usuários, tão necessitados de uma maior atenção e cuidado, buscando aliar as estratégias aos cuidados em saúde preconizados pelos órgãos de saúde, inclusive na esfera mundial.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um plano de intervenção com o objetivo de melhorar alguns aspectos que influenciam a qualidade de vida dos usuários com transtornos mentais da Unidade Básica de Saúde Zilah Spósito do município de Belo Horizonte.

3.2 Objetivos específicos:

Ampliar as relações e interações sociais dos pacientes com sofrimento mental, promovendo uma maior comunicação entre eles e uma maior integração deles à sua comunidade.

Reduzir o sedentarismo e melhorar a qualidade de vida dos usuários com sofrimento mental através da atividade física realizada em grupo.

4 METODOLOGIA

A elaboração do trabalho se deu a partir da realização de um planejamento estratégico simplificado, conforme descrito por Faria, Campos e Santos (2018). Segundo os autores, os conflitos ou situações-problema surgem a partir da ideia de que existem diferentes atores sociais que possuem diferentes visões/perspectivas sobre as situações que se apresentam, sendo eles trabalhadores, organizações governamentais, autoridades municipais, entre outros. Dessa forma, aquele que planeja representa apenas uma das visões possíveis sobre determinado problema, sendo necessária a análise das diversas perspectivas que se formam a partir das diferentes visões dos atores sociais envolvidos, sendo assim, o planejamento estratégico situacional (PES) envolve todo um processo participativo no decorrer do planejamento (FARIA, CAMPOS e SANTOS, 2018).

O processo de planejamento das ações a serem desenvolvidas envolve o conhecimento do território e o levantamento de informações que sejam relevantes dentro desse contexto para serem trabalhadas em planos de ações futuros. A estimativa rápida é um modo de se obter essas informações em um curto período de tempo e com baixo custo de execução e se trata de um processo de planejamento que envolve a população e outros atores sociais importantes na identificação das necessidades e dos problemas daquela área de atuação (FARIA, CAMPOS e SANTOS, 2018). A estimativa rápida é parte do processo de planejamento e promove a criação de um diagnóstico situacional que será utilizado na elaboração de um plano de ação, sendo assim, a equipe envolvida nesse planejamento deve inicialmente estabelecer quais as informações serão necessárias e quais os instrumentos serão utilizados para obtê-las (FARIA, CAMPOS e SANTOS, 2018). A estimativa rápida faz um levantamento de dados e informações coletados a partir de três fontes principais, que são: os registros existentes (escritos ou obtidos de fontes secundárias); as entrevistas utilizando questionários ou roteiros curtos (realizadas com informantes-chave que são atores envolvidos no contexto de análise; e a observação ativa da área realizada pelos coordenadores da ação (FARIA, CAMPOS e SANTOS, 2018).

Para o presente trabalho foi realizado um diagnóstico situacional no território da unidade básica de saúde em que atuo como educadora física. Os dados e

informações foram coletadas utilizando-se como fontes principais as entrevistas com informantes-chave e a observação ativa da área de atuação do centro de saúde, de acordo com o que foi estabelecido por Faria, Campos e Santos (2018). Diversos profissionais da saúde que atuam na unidade básica de saúde foram entrevistados (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde; e assistentes sociais) e colaboraram com o conhecimento e experiências adquiridos durante o trabalho diário com aquela população. Além disso, foi realizada uma observação ativa do território e entrevistas com a própria população para se fazer um levantamento de toda informação necessária para desenvolver um plano de ação adequado para aquela realidade.

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema em análise utilizando-se como referência artigos indexados nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO publicados entre os anos de 2010 a 2020 e com a utilização dos descritores saúde mental, atividade física e atenção primária em saúde. A revisão bibliográfica buscou embasar a recorrência do problema de saúde abordado, como ele se apresenta não somente em âmbito local e como seu enfrentamento se mostra relevante dentro da atenção básica à saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Saúde mental como um relevante problema de saúde pública

A Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou, em 1947, um conceito de saúde que a define como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doenças (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE/OMS, 2002). Diante dos avanços científicos e tecnológicos nos quais estamos inseridos na atualidade, podemos dizer que vivemos em um mundo globalizado e conectado, em que as barreiras de distância são transpostas com uma enorme facilidade. Diante disso, o acesso às informações sobre as pessoas e seu modo de vida também se tornou ferramenta de fácil acesso. Nesse cenário, as pessoas têm se preocupado cada vez mais com questões que antes eram praticamente irrelevantes e pouco debatidas, que envolvem não somente o bem-estar físico, mas também o psicológico (OURÍVIO et al., 2018). Levando-se em consideração o conceito da OMS, percebe-se que a saúde física, mental e social das pessoas estão intimamente relacionadas e entrelaçadas e, à medida que a compreensão dessa interdependência cresce, torna-se cada vez mais claro que a saúde mental é um fator indispensável para o completo bem-estar físico e social das pessoas, individualmente ou em sociedade (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE/OMS, 2002). O mesmo autor indica que na maior parte do mundo ainda não é dada à saúde mental a importância que lhe é devida, e essas questões ainda são negligenciadas ou ignoradas, dando-se uma maior relevância ao aspecto físico da saúde. Verifica-se um crescente aumento no número de doentes, e as causas desse aumento podem ser diversas, citando algumas delas: em partes pelo maior envelhecimento da população, o agravamento dos problemas sociais, pela crescente globalização acompanhada de uma maior individualização, e pela sobrecarga de trabalho e de cobranças pessoais a que as pessoas têm se exposto, bem como as discriminações e exclusões sociais e os casos de violência ou violação de direitos (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2016).

De acordo com estimativas presentes no Relatório Mundial da Saúde do ano de 2002, os problemas de saúde mental correspondiam a cerca de 12% das doenças mundiais, entretanto, os gastos destinados à saúde mental representavam menos de 1% dos gastos totais com saúde na maioria dos países (DIRECÇÃO GERAL DA

SAÚDE/OMS, 2002). Segundo o mesmo relatório, estudos da neurociência e da medicina do comportamento demonstram que a maioria das doenças mentais e físicas é influenciada pela combinação de uma série de fatores, sendo eles biológicos, psicológicos e sociais, além disso ele define que:

As perturbações mentais e comportamentais são uma série de perturbações definidas pela Classificação Internacional das Doenças (ICD-10). Embora os sintomas variem consideravelmente, tais comportamentos caracterizam-se, geralmente, por uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos a esquizofrenia, a depressão, o atraso mental e as perturbações pelo uso de substâncias psicoativas (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE/OMS, 2002, p. 39).

Essas perturbações mentais ou comportamentais são assim determinadas quando são fenômenos patológicos ou considerados “anormais”. Essas anormalidades devem ser continuadas ou recorrentes e tragam como resultado uma certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal do indivíduo em uma ou mais esferas de sua vida (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE/OMS, 2002). Pequenas variações de humor ou do estado emocional da pessoa, que podem ser decorrentes de algum evento pessoal, não devem, portanto, serem considerados como perturbações mentais de maneira precoce e equivocada. Existem atualmente, inclusive, critérios internacionais para a realização de diagnósticos precisos e bem fundamentados que devem ser realizados por diferentes profissionais que sejam devidamente capacitados. Não se deve, portanto, considerar apenas relatos e conclusões baseadas no senso comum em detrimento dos critérios técnicos que são previamente conceituados e validados vida (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE/OMS, 2002).

As perturbações mentais exercem um impacto importante sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades nas quais as pessoas estão inseridas. Os indivíduos que apresentam esses sintomas patológicos sofrem pela discriminação que enfrentam e que os impede de participarem de atividades de trabalho e lazer, e também por não mais poderem arcar com responsabilidades envolvendo os familiares e amigos, o que os torna dependentes de um apoio físico e psicológico considerável por parte dos familiares (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE/OMS, 2002). Com relação às comunidades, os impactos dos transtornos mentais possuem múltiplos aspectos que

podem estar relacionados à necessidade da prestação de cuidados, a perda de produtividade e, inclusive, problemas legais como casos de violência, além de onerarem os serviços sociais e de saúde pelo auxílio demandado durante todo o tratamento e por, muitas vezes, desencadearem uma morte prematura desses indivíduos ou de seus familiares (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE/OMS, 2002). Dessa forma, os impactos gerados dentro das comunidades são bastante complexos de serem mensurados, uma vez que envolvem questões de cunho pessoal e social muito relevantes, podendo gerar consequências mais subjetivas do que objetivas em alguns desses aspectos. O mesmo autor ainda relata que é importante que as questões de saúde mental dentro das comunidades sejam monitoradas por meio de indicadores de saúde nos sistemas de informação e de notificação, que permitam um levantamento do número de indivíduos com esses problemas e a qualidade do cuidado que estão recebendo, a partir disso é possível verificar a eficácia dos programas de prevenção e tratamento e o direcionamento adequado dos recursos.

Se levarmos em consideração também os impactos gerados direta ou indiretamente nos familiares, devido à necessidade de prestação de cuidados, às oportunidades que eles deixam de obter em função dessa sobrecarga, além da maior possibilidade de adoecimento dessas famílias, podemos considerar que os impactos provocados serão ainda maiores, e difíceis de serem mensurados. Devemos considerar que o cuidado doméstico aos pacientes com transtornos mentais é algo bastante complexo que requer grande demanda de disponibilidade, esforço, compreensão, e um mínimo de capacitação por parte dos cuidadores para aprenderem a lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa, muitas vezes provenientes de suas próprias emoções e dificuldades (BRASIL, 2013).

Considerando apenas as questões relativas a trabalho, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) têm reconhecido os problemas relacionados à saúde mental como uma das maiores causas de abstenção ao trabalho e de aposentadoria precoce, a partir disso, a criação de um ambiente de trabalho mais saudável poderia ser uma importante fonte de apoio para promoção do bem-estar e reinserção daquelas pessoas em recuperação de doenças psiquiátricas. Entretanto, pode ser também um fator de aumento do estresse devido às pressões por maiores competências aliadas a uma maior produtividade e competitividade (OURÍVIO et al.,

2018). O mesmo autor salienta que a escola também é um local que deve levar em consideração o combate a essas perturbações mentais por exercer um importante papel no desenvolvimento emocional e comportamental de crianças e adolescentes.

A OMS tem apoiado os governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental integrando estratégias às ações políticas. Em 2013, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o “*Comprehensive Mental Health Action Plan for 2013-2020*” que é um compromisso envolvendo todos os estados-membros na tomada de medidas e no cumprimento de metas que promovessem o bem-estar mental, prevenindo transtornos mentais, fornecendo cuidados para aprimorar a recuperação, promover direitos e reduzir a mortalidade e morbidade para pessoas com essas perturbações (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2016). Ainda de acordo com esse plano de ação, cada governo dos diferentes países deve se adaptar às circunstâncias da sua realidade com o objetivo de fortalecer a sociedade civil com reflexo direto na atenção de base comunitária. A promoção da saúde mental deve estabelecer ações para criar condições de vida e ambientes adequados às pessoas, protegendo seus direitos e promovendo a segurança e liberdade. Este movimento envolve diversos setores dentro da sociedade (educação, trabalho, justiça, transporte, meio ambiente, habitação, entre outros), além do apoio a grupos considerados mais vulneráveis como crianças, mulheres, idosos, populações de baixa renda, entre outros (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2016).

5.2 Saúde mental na atenção primária e na estratégia de saúde da família

A reforma da assistência psiquiátrica surge no Brasil a partir das mudanças propostas pela Reforma Sanitária, que se iniciou na década de 1970 em oposição ao sistema de saúde vigente até então no país. Vale ressaltar que essa reforma sanitária culminou com o surgimento do SUS na década de 1980 (PEREIRA et al., 2013). A reforma da assistência psiquiátrica incorpora nesse contexto um movimento de contraposição ao modelo hegemônico centrado nos hospitais psiquiátricos e na exclusão social do doente mental buscando a transformação da realidade assistencial vigente até o momento (PEREIRA et al., 2013). A partir de então se iniciou a desinstitucionalização dos pacientes em manicômios, com a sua inserção nos respectivos territórios existenciais. Com isso, os portadores de transtornos mentais passam a exercer a sua cidadania por meio do envolvimento de outros serviços, da

participação ativa desses usuários na tomada de decisões em relação ao seu tratamento, quando isso for possível, e da-criação de redes de apoio com diferentes políticas públicas como a educação, moradia, trabalho, cultura, entre outros (BRASIL, 2013).

Após o início dessas mudanças muito tempo se passou até que as políticas públicas, de fato, institucionalizassem a questão da saúde mental no país e a tornasse objeto de garantias legislativas. Somente no ano de 2001 é sancionada a Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, com isso os princípios que eram a base do movimento surgido na década de 1980 tornaram-se uma política de estado (BRASIL, 2013). Ainda nessa linha de conquistas legislativas importantes para a saúde mental, em 2011 foi assinado o Decreto Presidencial nº 7508/2011, que passa a adotar a atenção psicossocial como parte integrante das redes de atenção à saúde. Dentre os serviços que foram criados como substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais e as oficinas de geração de renda (BRASIL, 2013). Além disso, as unidades básicas de saúde passam a ter uma importante função na composição da rede comunitária de assistência à saúde mental (BRASIL, 2013). Tomando como base os princípios orientadores do SUS e as diretrizes da Reforma da Assistência Psiquiátrica; os Caps se tornam eixos estratégicos da atenção à saúde e devem oferecer e prestar atendimento clínico ao usuário com transtorno mental em crise, por meio de atenção diária, evitando assim as internações desnecessárias em hospitais psiquiátricos, se configurando como um serviço essencial na assistência ao usuário em crise (PEREIRA et al., 2013). Os mesmos autores ainda afirmam que, atualmente a rede de Atenção Psicossocial, segundo normas ministeriais, está constituída pelos seguintes componentes:

- I. Atenção Básica em Saúde;
- II. Atenção Psicossocial Especializada;
- III. Atenção de Urgência e Emergência;
- IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V. Atenção Hospitalar;
- VI. Estratégias de Desinstitucionalização; e
- VII. Reabilitação Psicossocial.

De acordo com a OMS os cuidados primários em saúde mental são um componente fundamental para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde. Entretanto esses cuidados precisam ser complementados por outros níveis de cuidado, como por exemplo os cuidados secundários, que servirão como referência, apoio e supervisão para os profissionais do atendimento primário, demonstrando a importância de um cuidado integrado envolvendo, inclusive, o auto cuidado do paciente como um aspecto fundamental do tratamento (PORTUGAL, 2009).

Ainda de acordo com a organização, os cuidados prestados nos serviços de atendimento primários representam o primeiro nível de cuidados, por serem os mais baratos e acessíveis à população, e devem incluir a identificação precoce de perturbações mentais, o tratamento das perturbações mais comuns, a gestão aos pacientes psiquiátricos estabilizados, a referência para os outros níveis quando isso for necessário, a atenção à saúde mental dos pacientes com problemas físicos, e as ações de promoção e prevenção à saúde mental da população como um todo (PORTUGAL, 2009).

A OMS enfatiza também que o auto cuidado envolve parcerias entre os profissionais de saúde e o paciente que passa a se apropriar de uma maneira mais participativa dos problemas que possui, do tratamento adequado e da importância da sua adesão, da colaboração na tomada de decisões, quando for possível, em relação à evolução do tratamento, e nas mudanças de comportamento que podem auxiliá-los na sua melhoria. A OMS cita ainda as sete razões válidas para se integrar a saúde mental nos cuidados primários que são: (1) a grande incidência de perturbações mentais; (2) a interrelação entre os problemas de saúde mentais e físicos; (3) o enorme déficit de tratamento em relação às perturbações mentais; (4) os cuidados primários para a saúde mental otimizam o acesso; (5) os cuidados primários promovem o respeito aos direitos humanos; (6) os cuidados primários são acessíveis em termos de custos e apresentam uma boa relação custo-benefício; (7) e o fato dos cuidados primários em saúde mental gerarem bons resultados em termos de saúde dos pacientes. São questões interessantes para serem refletidas e que chamam a atenção para a relevância desse acesso aos usuários mais próximo de sua comunidade e realidade (PORTUGAL, 2009).

O tratamento aos pacientes com transtornos mentais significou, durante décadas, um afastamento do convívio social e familiar, nesse sentido não havia na família a possibilidade de convívio com o doente e de se envolver diretamente com o seu cuidado delegando-se sempre esse cuidado às instituições, como os hospitais psiquiátricos. Portanto, surge com essas mudanças de paradigma com relação ao cuidado do paciente com transtornos mentais inúmeros desafios não somente para todos os profissionais de saúde, que agora passam a acompanhar esses pacientes mais de perto, como para os familiares, no convívio diário com as diferenças e com as transformações que são provocadas no seio familiar, o que não significa, contudo, que não haverá a necessidade de apoio por parte dos serviços de saúde especializados (PEREIRA et al., 2013). Inclusive, para minimizar as dificuldades enfrentadas pela família é necessário que os serviços de saúde sejam capazes de reduzir os riscos de recaída dos usuários, prestem informações claras e precisas sobre a doença aos cuidadores, repassem as habilidades de manejo e minimização dos sintomas e ofereçam um ambiente de acolhimento para que os familiares possam exprimir suas dificuldades, necessidades e sentimentos frente a situação (PEREIRA et al., 2013).

Dentro da estratégia de saúde da família, a entidade familiar é vista de forma integral e consistente como um espaço de desenvolvimento individual e grupal, ela é, ao mesmo tempo, objeto e sujeito de todo o processo de cuidado e de promoção da saúde pelas equipes de saúde da família. Dessa forma, esse vínculo criado com os profissionais de saúde promove a valorização da família enquanto eixo fundamental no processo terapêutico (BRASIL, 2013). Sendo assim, para que haja um cuidado integral e efetivo em saúde mental é fundamental a participação e valorização da abordagem familiar, o que envolve também uma abertura dos profissionais para realizarem uma visão acolhedora e livre de julgamentos com relação às diferentes constituições e sentimentos familiares que se apresentam estando a abordagem focada no protagonismo, na força e na corresponsabilidade desses indivíduos (BRASIL, 2013).

Sabemos que na atenção básica, o cuidado em saúde mental se torna mais estratégico devido às ações serem desenvolvidas em um território geograficamente delimitado, de acordo com a atuação das equipes de saúde da família, e que, em função disso, permite que os profissionais de saúde estejam mais próximos de seus

pacientes e dos vínculos que eles estabelecem com sua comunidade e suas famílias. A atenção básica é a porta de entrada preferencial dos usuários no SUS e envolve ações no âmbito individual e coletivo, buscando desenvolver uma atenção integral aos indivíduos. Além disso, ela se orienta com um alto grau de descentralização e é, ao mesmo tempo, o centro de comunicação da rede de atenção à saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, princípios estes pertencentes ao SUS (BRASIL, 2013).

O acolhimento realizado nas unidades básicas de saúde, por exemplo, é um elemento fundamental na formação do vínculo e prática do cuidado entre profissional e usuário. Os NASFs foram criados para aumentar a abrangência das ações da atenção básica e aumentar sua resolubilidade, já que envolve uma equipe multidisciplinar que atua de maneira compartilhada junto à ESF. Com base nisso, as práticas em saúde mental na atenção básica deverão ser realizadas por todos os profissionais da saúde atuantes na atenção primária, baseando-se, principalmente, no vínculo existente entre esses profissionais, o território e a população pela qual se responsabilizam (BRASIL, 2013). Nesse contexto, o matriciamento se constitui como uma importante ferramenta de apoio às equipes de saúde da família ao oferecerem um suporte técnico em áreas específicas na discussão de casos e planejamento de atendimentos e intervenções conjuntas, reduzindo a necessidade de encaminhamento dos pacientes para outros setores da atenção à saúde (PEREIRA et al., 2013).

A Política Nacional de Atenção à Saúde Mental é uma ação do governo federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que envolve estratégias e diretrizes direcionadas para a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental (BRASIL, s.d). Com relação à estrutura de atendimento dos usuários, tais diretrizes e estratégias de atuação são direcionadas pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e os principais referenciais de atendimento são os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que são os locais em que os pacientes recebem assistência multiprofissional e cuidados terapêuticos de acordo com os quadros clínicos que apresentam. Além disso, os Caps

oferecem a possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações que envolvem maior grau de complexidade (BRASIL, s.d).

Os Caps são, assim, considerados estratégicos dentro da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a organização da rede de atenção e cuidado a esses pacientes. Eles devem ser territorializados, estar circunscritos dentro do território de convívio social do paciente, buscando resgatar as possibilidades de reinserção social desses usuários elencando e promovendo as potencialidades dos recursos comunitários existentes naquela região (BRASIL, 2003). É importante salientar que as ações de saúde mental na atenção básica devem se realizar a partir de redes de atenção e cuidado, de base territorial, mas que muitas vezes são necessárias intervenções transversais com outras políticas específicas de atendimento, pois nem sempre a atenção básica apresentará condições suficientes de atender às necessidades desses usuários já que os problemas de saúde mental podem se apresentar de maneira bastante complexa (BRASIL, 2003).

Ao analisarmos os transtornos mentais devemos sempre nos mantermos cientes de que nenhum fenômeno possui uma única origem. Sendo assim, apesar da forte tendência e predominância de ainda buscarmos as causas biológicas como principais fatores desencadeantes de quase todas as doenças, na realidade qualquer doença só pode ser entendida quando inserida dentro do contexto social no qual ela está inserida (PEREIRA et al., 2013). Com base nisso, os autores afirmam que a saúde mental não pode ser reduzida à ausência de transtornos psíquicos, já que ela também se relaciona a nossa identidade social, à maneira como está inserida no contexto social e histórico que estamos vivendo, sendo legitimada pela cultura e pelo senso comum. Além disso, existe sempre um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, e isso muitas vezes atua como um dificultador à adesão dos pacientes ao tratamento ou a mudanças comportamentais necessárias para se evitar o adoecimento. Por isso, todo problema de saúde envolve um componente mental e todo transtorno mental também possui uma articulação com a saúde física, o que afirma a importância da articulação do cuidado em saúde mental realizado na atenção básica (BRASIL, 2003).

Sendo assim, é necessário ter cuidado para que as intervenções em saúde não se transformem em regras rígidas, baseadas apenas na remissão de sintomas,

descontextualizadas da vida do usuário e do contexto social e territorial no qual ele vive, já que nem sempre as intervenções orientadas para a supressão dos sintomas estarão alinhadas com as reais necessidades do indivíduo, ou seja, não se tornam uma intervenção positiva na vida desse usuário (BRASIL, 2013).

5.3. Benefícios da atividade física para indivíduos com transtornos mentais

A Educação Física é considerada, atualmente, como uma ciência pertencente à área da saúde. Inúmeras pesquisas que relacionam a prática da atividade física como um dos fatores essenciais para a prevenção e o tratamento de doenças e para a manutenção da saúde, de uma maneira geral, e de uma vida autônoma e com qualidade. A portaria 2446/14 do Ministério da Saúde que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em seu artigo 10 inciso III, define as práticas corporais e atividades físicas como temas prioritários da PNPS (BRASIL, 2014). Tudo isso apenas reforça a importância da temática da atividade física quando falamos de questões de saúde.

Dentro do contexto da atenção primária essa intervenção se faz necessária por ser essa a principal via de acesso da população ao sistema de saúde, atuando diretamente no âmbito da comunidade por meio do programa de saúde da família (BRASIL, 2013). Sendo assim, as ações de promoção à saúde voltadas para as práticas corporais e atividade física são fundamentais. Essas ações devem ser o mais abrangente possíveis, abarcando a maior parte da população do território de atuação, incluindo alguns grupos que muitas vezes são esquecidos e que possuem maior dificuldade de acesso como é o caso dos pacientes de saúde mental.

Os benefícios da prática regular de atividade física englobam fatores físicos, como a perda de peso, a melhoria da força e da flexibilidade, e fatores psicológicos que incluem a diminuição da insônia, redução da tensão, da ansiedade e do estresse, melhoria do bem-estar emocional, a regulação de substâncias relacionadas ao sistema nervoso, como a produção de neurotransmissores, a melhoria do fluxo sanguíneo cerebral, melhoria da função intelectual, além de auxiliar na capacidade dos pacientes de lidar com os problemas e de auxiliar na recuperação da sua autoestima (GIRDWOOD, ARAÚJO, PITANGA, 2011).

A liberação de endorfinas e a consequente elevação dos seus níveis estaria associada às mudanças positivas psicológicas que são induzidas pelo exercício, como o aumento do vigor e do bem-estar. Outros fatores neurofisiológicos da atividade física incluem, além da liberação de neurotransmissores, o aumento na síntese de fatores neurotróficos que favorecem a neurogênese e a plasticidade cerebral, importantes para os pacientes de saúde mental e para os indivíduos em idade mais avançada (COELHO e JÚNIOR, 2014). Sendo assim, quantidades adequadas de atividade física podem melhorar aspectos morfológicos do cérebro, como o aumento da massa cerebral em várias regiões, além de mediadores como as neurotrofinas auxiliarem na manutenção e crescimento dos neurônios, melhorando a plasticidade neural e o estado cognitivo geral do indivíduo (OLIVEIRA et al., 2019).

De acordo com alguns autores, é comum observarmos o ganho de peso que os pacientes com transtornos mentais apresentam durante o seu tratamento, com o curso da doença e como efeito adverso de alguns medicamentos que são utilizados principalmente para o tratamento de transtornos psicóticos. Esse ganho de peso é uma questão importante de ser destacada pois envolve como consequência não somente a obesidade como pode provocar o desenvolvimento de outras doenças associadas, como a síndrome metabólica que relaciona a obesidade abdominal em combinação com pelo menos dois outros fatores que podem ser: níveis baixos de lipoproteínas de alta densidade, níveis elevados de triglicerídeos, elevação da pressão arterial e aumento da glicose plasmática (LOURENÇO et al., 2017). Essa combinação de fatores pode levar ainda a uma série de outras doenças e os benefícios da atividade física, por outro lado, estimulam a diminuição dos mesmos como a pressão arterial, o nível de glicose sanguínea, e os níveis de LDL e triglicerídeos melhorando a capacidade funcional geral do organismo, promovendo um aumento na qualidade de vida de seus praticantes (OLIVEIRA et al., 2019).

A pesquisa de Mendes et al. (2017), realizou uma revisão de diversos outros estudos e observou que a eficácia da atividade física no tratamento da depressão em idosos apresenta-se de maneira proporcional inversa, ou seja, aqueles que são mais ativos fisicamente apresentam menores probabilidades de desenvolverem doenças e de comprometerem a qualidade do seu envelhecimento. Na perspectiva biológica, há evidências de que a prática de exercícios físicos regulares modula a relação entre a depressão e os níveis de cortisol, e essa associação metabólica também se relaciona

à liberação de hormônios como epinefrina, norepinefrina, somatotrofina, endorfina e o próprio cortisol. Outro estudo que corrobora os resultados das pesquisas anteriores mostrou uma redução nos sintomas depressivos e da frequência de episódios depressivos em idosas, além de apresentarem uma melhora em parâmetros como vitalidade, capacidade funcional, estado geral de saúde e saúde mental após uma intervenção de exercícios de força prescritos com base na percepção subjetiva do esforço (BRUNONI et al., 2015).

Outro resultado importante do estudo de Mendes et al. (2017) é de que a prática em grupo estaria associada a uma redução dos níveis de ansiedade e depressão dos participantes por contribuir para a implementação de relações sociais, o que pode ser um fator relevante para se alcançar bons níveis de qualidade de vida dessas pessoas. A relação entre sintomas depressivos e exercício físico também foi considerada como sendo inversa em outro estudo que levou em consideração algumas questões importantes como o fato do paciente deprimido ter uma tendência a diminuir seu autocuidado, inclusive em relação à alimentação, permanecendo por mais tempo restrito ao leito ou apresentando pouca mobilidade física, o que provocaria uma diminuição do seu estado físico geral e da sua aptidão física, sendo o exercício um importante aliado no combate a essa situação (MINGHELLI et al., 2013).

Na perspectiva psicológica, algumas hipóteses associam a participação do exercício físico na redução da depressão pela substituição de pensamentos negativos por pensamentos mais positivos e otimistas, o que poderia levar ao rompimento da chamada espiral depressiva, com isso, o sentimento de prazer que é proveniente da interação e do reforço social presente no trabalho em grupo é postulado como uma hipótese dos benefícios da interação social (HERNANDEZ e VOSER, 2019). O estímulo às atividades realizadas em grupos é um elemento importante e que apresenta relevância para esse público. Pesquisas realizadas em grupos demonstraram que o trabalho coletivo envolve uma comunicação não verbal entre os participantes que aumenta as suas possibilidades, por exemplo, para a realização de um contato intersubjetivo (ZAGO e PADILHA, 2017). Ainda de acordo com os mesmos autores, essa prática aponta alguns outros benefícios como a redução da tensão e o relaxamento, o desenvolvimento de habilidades grupais dos participantes, a exploração de seus limites corporais e de suas habilidades, a experiência de

pertencimento a um grupo e de estabelecer a confiança entre seus membros, e a identificação com o coordenador do grupo.

Carless e Douglas (2008) apud Lourenço et al. (2017), observaram em seu estudo que a atividade física realizada em grupo favorecia a socialização e a troca de experiências entre seus participantes com diversos transtornos mentais na medida em que observou a existência de um apoio informativo realizado entre eles por meio de conversas particulares ou da presença de um deles auxiliando outro membro do grupo durante as atividades, assumindo temporariamente o papel de “professor” no auxílio ao colega, evidenciando o caráter de apoio social da realização desse tipo de atividade para esses pacientes.

Melo et al. (2014) após três meses de intervenção utilizando exercícios aeróbicos e de força de intensidade moderada, observaram uma redução significativa dos sintomas depressivos em relação ao grupo controle e ao grupo que realizou exercícios de baixa intensidade. Esses achados são importantes, apesar dos autores ressaltarem algumas limitações do estudo que incluem o tamanho a não randomização da amostra, além do fato da intervenção com exercícios ter sido realizada em conjunto com o uso de medicamentos antidepressivos, ou seja, não é possível saber a influência dos medicamentos na melhora dos sintomas depressivos. Outras pesquisas têm demonstrado resultados positivos envolvendo a prática de atividade física para pacientes com transtornos mentais. A atividade física tem sido uma importante ferramenta para pacientes esquizofrênicos por meio do alívio da ansiedade relacionada ao tratamento a que são submetidos, incluindo muitas vezes internações hospitalares, e auxiliando na redução do uso de medicamentos (MELO et al., 2014).

Para outros autores, os benefícios da atividade física na melhoria do desempenho cognitivo e na redução dos sintomas depressivos podem ser desenvolvidos em três níveis: no primário, o objetivo maior seria proteger a saúde mental e evitar o aparecimento de doenças como a demência e a depressão; no secundário, o objetivo seria identificar precocemente a patologia, enquanto ainda é assintomática, e tratá-la, buscando restabelecer o estado normal; no nível terciário, há o objetivo de evitar a progressão da doença já instalada e de minimizar os seus sintomas, sendo o exercício físico considerado um tratamento não farmacológico

(COELHO e JÚNIOR, 2014). Girdwood, Araújo e Pitanga (2011) também considera o exercício físico como um tratamento não farmacológico para pessoas acometidas por diversos distúrbios mentais podendo, inclusive, promover a redução ou até a retirada das medicações em pacientes com sintomas menos severos.

Estimular e trabalhar com a mudança de estilo de vida de pessoas com transtornos mentais não é uma tarefa fácil, devido às inúmeras dificuldades que essas pessoas vivenciam em seu cotidiano e tratamento, seja pelos efeitos adversos do uso de medicamentos, pela dificuldade de lidarem com sintomas e recaídas ou pelo estigma que recebem da família e sociedade pela doença que apresentam. Entretanto, os sintomas negativos e as inúmeras barreiras que eles encontram, sem dúvidas, podem ser superados e os benefícios são uma realidade. Nesse sentido, o incentivo à prática de atividades físicas por meio de abordagens motivacionais devem estar presentes no cotidiano do profissional de saúde mental, contudo, isso não deve acontecer de maneira pontual e isolada e nem ser uma prática de um único profissional envolvido no tratamento, já que a participação de diversos profissionais nessa motivação facilita o entendimento e a possibilidade de adesão do paciente (LOURENÇO et al., 2017).

O que se verifica é que no tratamento de pessoas com transtornos mentais a prática de atividade física apresenta inúmeros benefícios que são muito relevantes para o êxito do tratamento, o que não dispensa os demais acompanhamentos realizados por outros profissionais de saúde. Dessa forma, salienta-se a importância de uma abordagem interdisciplinar. Na prática multidisciplinar, envolvendo diferentes profissionais da saúde, o exercício físico deve objetivar não somente a melhoria de aspectos fisiológicos e estéticos, como também os efeitos que são proporcionados no aspecto social e integrativo, no estilo de vida mais saudável e nas diversas mudanças que irão promover uma melhoria geral na saúde do indivíduo (GIRDWOOD, ARAÚJO, PITANGA, 2011). A partir disso, sendo a doença mental um processo biopsicossocial, ela exige uma intervenção que envolva diferentes saberes que trabalhem em convergência e que se integrem para criarem novas práticas e abordagens, o que representa um desafio e, ao mesmo tempo, pode representar uma enorme conquista nos resultados obtidos com o tratamento desses usuários.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado a partir do diagnóstico situacional realizado no território de abrangência do centro de saúde do bairro Zilah Spósito. O problema em questão é a baixa qualidade de vida dos usuários com diagnóstico de transtornos mentais na unidade básica de saúde para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, algumas explicações para a sua ocorrência e a seleção de seus nós críticos.

Os quadros seguintes, deixando claro que para cada “nó crítico” foi elaborado um quadro, mostram o desenho das operações, o projeto, os resultados e produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos), a viabilidade e o controle das operações relacionadas ao tema proposto. Aplica-se nesse trabalho a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado, conforme descrita por Faria, Campos e Santos (2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde Mental é uma ação do governo federal, coordenada por esse ministério, que está relacionada a diferentes estratégias e diretrizes voltadas à assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Esses cuidados são direcionados a pacientes com Transtornos Mentais como a Depressão, Ansiedade, Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar, Transtorno Obsessivo Compulsivo, que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas, entre outros (BRASIL, s.d). As ações são direcionadas ao acolhimento dessas pessoas, identificação de suas necessidades assistenciais, alívio de sofrimento e planejamento de intervenções medicamentosas e terapêuticas, além de haver uma atuação voltada para a prevenção de problemas relacionados à saúde mental e à dependência química (BRASIL, s.d).

Adotando como referência apenas um desses transtornos, a depressão, dados do ministério da saúde afirmam que a prevalência de depressão ao longo da vida no

Brasil está em torno de 15,5% e, ainda segundo esse ministério, dados da Organização Mundial de Saúde afirmam que a prevalência de casos de depressão na atenção primária de saúde é de 10,4%, seja isoladamente ou associada a outro transtorno físico. Além disso, a depressão ocuparia o primeiro lugar quando se considera o tempo vivido com incapacitação ao longo da vida, apresentando uma prevalência ao longo da vida em até 20% das mulheres e 12% dos homens (BRASIL, s. d). O “Relatório Mundial da Saúde” de 2002, já afirmava que, segundo estimativas, os problemas de saúde mental atingiam cerca de 450 milhões de pessoas naquele ano, dessa forma, as perturbações mentais representavam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo. E já se previa um aumento gradativo desses números no decorrer dos anos (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE/OMS, 2002).

Apenas em caráter exemplificativo, segundo a equipe de saúde da família utilizada como referência para a elaboração do presente diagnóstico situacional, os atendimentos em saúde mental representam hoje cerca de 10% do total de atendimentos realizados por eles na unidade básica de saúde, o que é um dado bastante significativo e que corrobora as estatísticas citadas acima.

O “Caderno de Atenção Básica - Saúde Mental nº 34, ano 2013, do Ministério da Saúde, ressalta que a atenção primária possui como um de seus princípios ser a primeira porta de acesso da rede de saúde aos usuários do SUS, inclusive para os pacientes de saúde mental. A proximidade das equipes de saúde da família com os usuários de seu território de abrangência facilita esse contato, os profissionais devem, portanto, olhar esse sujeito em suas múltiplas dimensões buscando a construção conjunta de ferramentas e estratégias mais eficazes para o cuidado em saúde desse indivíduo (BRASIL, 2013).

Na rede municipal de saúde de Belo Horizonte existem as equipes de saúde mental nas unidades básicas de saúde, sendo compostas por psicólogo e médico psiquiatra, que servem de apoio às equipes de saúde da família e que são responsáveis pelo acompanhamento de casos prioritários da saúde mental quando estes se encontram em condições de serem realizados os atendimentos de acompanhamento ambulatorial, ou seja, quando não estão em situações de crise (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018).

Ao realizar o diagnóstico situacional na área de abrangência do centro de saúde em que atuo como profissional de Educação Física, pude observar o quanto essa questão do atendimento aos usuários que apresentam transtornos mentais é relevante naquela região. Essa intervenção é um tema sempre presente nas reuniões de equipe e, principalmente, nas reuniões de matriciamento da equipe de NASF, buscando-se uma discussão interdisciplinar dos atendimentos e das demandas apresentadas. As equipes de saúde não possuem um levantamento quantitativo dessa demanda, mas estimam, com base nos atendimentos realizados, que um percentual bastante relevante de usuários se encontra nessa situação de saúde e relatam que os casos vêm aumentando a cada dia, segundo o relato de médicos e enfermeiros atuantes nas equipes de saúde da família naquela região.

Com o aumento da demanda desses casos, as equipes de saúde se sentem pressionadas para buscarem alternativas que representem um atendimento mais adequado a essa realidade e às especificidades que ela apresenta. Os profissionais de saúde do centro de saúde sabem da necessidade de um cuidado mais próximo desses pacientes, do quanto um atendimento integral pode auxiliar no tratamento medicamentoso e psicológico, e os profissionais da linha de frente das equipes não conseguem sanar isoladamente toda essa lacuna, o que leva à necessidade da participação de diversos profissionais no atendimento para que ele aconteça de maneira mais satisfatória e os resultados positivos apareçam de modo mais relevante. A partir dessa demanda o plano de intervenção de atividade física que está sendo elaborado e apresentado se faz necessário no centro de saúde em que eles são referenciados e acompanhados pelas equipes de saúde da família a que pertencem. Essa intervenção multidisciplinar é, inclusive, preconizada e incentivada pela política de cuidado integral presente no SUS. Dessa forma, os atendimentos ao usuário não se restringem às consultas com médicos, enfermeiros e psicólogos, ampliando-se as possibilidades de melhoria dos quadros de saúde desses pacientes, principalmente reduzindo-se o seu agravamento.

A adequada saúde mental de uma pessoa promove, entre outras coisas, uma autonomia, um bem-estar subjetivo, uma independência e uma auto-realização que são fundamentais para a saúde integral dos indivíduos e muitos avanços em termos de qualidade de vida podem ser alcançados com um acompanhamento adequado desses pacientes. E nessa perspectiva justifica-se uma atuação responsável e

qualificada dos profissionais de saúde em relação a esse tema tão recorrente atualmente.

6.2 Explicação do problema selecionado

De acordo com o Relatório sobre a saúde no mundo produzido pelo Ministério da saúde de Lisboa (2002), a saúde mental e a saúde física de um indivíduo estão diretamente relacionadas, estabelecendo uma interdependência entre elas, sendo fundamentais para que se alcance um estado de bem-estar geral. Sabe-se hoje, pelas pesquisas da neurociência e da medicina comportamental, que os transtornos mentais e comportamentais são resultantes de uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE/OMS, 2002). A saúde física e a saúde mental se influenciam por diversos mecanismos: nos aspectos fisiológicos, são geradas alterações nos sistemas imunológico e neuroendócrino que aumentam a suscetibilidade às doenças físicas; outro fator importante é o comportamental que se relaciona a questões como alimentação, prática de exercícios físicos, uso de tabaco e outras drogas; há também os fatores psicológicos, como carência afetiva e falta de perspectiva futura de crescimento, e os fatores sociais que se relacionam ao ambiente em que vivem esses indivíduos (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE/OMS, 2002).

A observação ativa do território e a conversa com profissionais da equipe de saúde da família, revelaram essa característica destacada acima de que os transtornos mentais possuem causas multifatoriais. A área de abrangência do centro de saúde é uma região de grande vulnerabilidade social, em que as pessoas, em sua maioria, possuem um baixo nível socioeconômico, com alta taxa de desemprego e de ocupações informais, o saneamento básico ainda é precário ou inexistente em grande parte do território, os serviços de água e energia elétrica não são fornecidos o que leva ao uso clandestino, as moradias são bastante precárias (em sua maioria em uma área de ocupação).

Os aspectos sociais nessa região desempenham uma forte interação com o desenvolvimento dos diversos transtornos mentais diagnosticados nessa população. As pessoas vivenciam em sua rotina uma grande pressão social por enfrentarem constantemente situações como: desemprego, violência doméstica, uso abusivo de álcool e outras drogas (que estão inseridas em seu cotidiano desde a infância), casos

recorrentes de gravidez na adolescência, alta incidência de infecções sexualmente transmissíveis, exclusão social devido a sua condição socioeconômica, desvalorização pessoal e baixa autoestima decorrentes das dificuldades financeiras e dos abusos de cunho moral e psicológico gerados por relacionamentos abusivos ou por pais ausentes afetivamente ou fisicamente, grande sobrecarga de mulheres que são responsáveis pela criação de um grande número de filhos e netos, enfim, poderíamos citar uma seara enorme de fatores estressores decorrentes do estilo de vida a que são submetidas essas pessoas.

Além disso, quando estes usuários começam a apresentar algum tipo de transtorno psicológico esses pacientes enfrentam novas dificuldades devido às condições limitadas de acesso ao sistema de saúde, o que muitas vezes leva a um diagnóstico tardio pela demora na realização de exames complementares ou de consultas especializadas. Após o diagnóstico há também a dificuldade de acesso a um acompanhamento multidisciplinar, que em muitos casos seria o mais adequado e exigiria o auxílio de toda uma rede de apoio a esse paciente, o que é uma realidade ainda insuficiente na rede SUS. O tratamento, na maioria das vezes apenas baseado em terapêutica medicamentosa, em muitos casos leva ao uso abusivo e inadequado de medicamentos.

Muitas vezes essas pessoas necessitam é de receberem um atendimento mais humanizado e que possibilite a elas serem ouvidas, respeitadas e entendidas em suas dificuldades. Atualmente, as mudanças tecnológicas e de rotina de vida trouxeram consigo um esvaziamento muito grande das relações e interações sociais e as pessoas se sentem cada vez mais sozinhas diante de suas dificuldades. As interações sociais são necessárias para nosso desenvolvimento e crescimento pessoal e nos auxiliam a entendermos e a lidarmos de maneira mais positiva com os obstáculos que a vida nos proporciona. A troca de experiências e de saberes é muito produtiva e, muitas vezes, trazem consigo um incentivo e uma motivação muito grande para as pessoas em situação de sofrimento. Sendo assim, uma abordagem voltada para esse apoio psicológico pode ser extremamente benéfica para pacientes que se encontram acometidos por transtornos mentais. A saúde psicológica de uma pessoa está conectada, em partes, à maneira com que essa pessoa se relaciona com os diferentes aspectos de sua vida, ou seja, ao modo com que ela interage com os acontecimentos de sua vida e com a realidade que se apresenta ao seu redor.

Verifica-se que muitos destes usuários apresentam baixos níveis de atividade física, seja pela indução de alguns medicamentos que trazem como efeito colateral uma maior sonolência e apatia, mas principalmente pela falta de oportunidade de acesso a programas de exercícios físicos sistematizados para esse público. A prática regular de atividade física promove a melhoria do bem-estar de seus praticantes, aumenta a imunidade, estimula a produção de neurotransmissores como a serotonina e de hormônios, além do aumento da força e resistência cardiovascular, reduz a ansiedade, o sobrepeso, o colesterol, a glicemia e a pressão arterial. A atividade física ainda promove a liberação de hormônios e neurotransmissores, também são responsáveis pela nossa saúde física e mental, por exemplo, ao estarem relacionadas às alterações de humor de um indivíduo. Além disso, promove a interação entre os participantes reduzindo o estresse, melhora a qualidade do sono e estimula o metabolismo de repouso. Esses são apenas alguns dos benefícios alcançados e que representariam uma melhora significativa no quadro dos usuários com transtorno mental podendo, inclusive, levar à redução do uso de medicamentos em alguns casos.

A partir disso, surge a proposta de elaboração de um plano de ação que proporcione esse momento de acolhimento, de apoio, e de prática de atividade física a esses usuários que, na maior parte das vezes, se sentem marginalizados pela sociedade e por suas famílias por não se adequarem aos padrões de “normalidade” estigmatizados pela sociedade atual.

6.3 Seleção dos nós críticos

Após uma breve análise causal dos transtornos mentais percebemos o quanto são complexas e diversas as suas causas, sendo multifatoriais os aspectos relacionados. Em alguns desses fatores nossa intervenção, enquanto profissionais da saúde, é um pouco limitada por se tratarem de aspectos que vão além da nossa governança, como em questões socioeconômicas (desemprego, falta de saneamento básico e moradia adequada, entre outras) e institucionais (demora no atendimento médico especializado, falta de um acompanhamento multidisciplinar, entre outros). Entretanto, nós, profissionais da atenção primária, podemos atuar de maneira mais incisiva em outros aspectos e esses seriam nós críticos importantes de serem atacados e que poderiam trazer um grande impacto na perspectiva de transformação

dos problemas apresentados. Esses aspectos permitem uma atuação profissional mais direta, dentro do contexto da atenção básica. Com base nisso, os dois nós críticos que irei abordar são: 1) os baixos níveis de atividade física desse grupo e; 2) reduzido número de oportunidades de interações sociais e de relacionamentos interpessoais.

Enquanto a sociedade ainda não está devidamente amparada e preparada para lidar com as diferenças e para ser igualitária, a equidade, que é um dos princípios do SUS, deve ser encarada como uma maneira de se tratar de maneira desigual aqueles que são considerados desiguais para que, dessa forma, a igualdade de direitos e de oportunidades possa ser de fato alcançada.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o nó crítico 1: “Baixos níveis de atividade física dos pacientes com transtorno mental” relacionado ao problema “baixa qualidade de vida dos usuários com transtornos mentais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Azul, Unidade Básica de Saúde Zilah Spósito, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Baixos níveis de atividade física dos usuários com transtornos mentais
6º passo: operação (operações)	Criação de um grupo de atividade física regular buscando aumentar os níveis de atividade física de usuários com transtornos mentais.
6º passo: projeto	MoviMente-se
6º passo: resultados esperados	Redução do sedentarismo, melhoria da qualidade do sono, maior disposição para as atividades diárias, diminuição do sobrepeso e obesidade, redução da ansiedade, possível redução no uso de alguns medicamentos, e conseqüente melhoria da qualidade de vida.
6º passo: produtos esperados	Programa de exercício físico direcionado aos indivíduos com transtorno mental

<p>6º passo: recursos necessários</p>	<p>Recurso estrutural: local para os encontros do grupo que permita a prática de atividade física</p> <p>Cognitivos: informações sobre saúde mental</p> <p>Econômicos: verba para aquisição dos materiais/equipamentos para a realização de exercícios físicos como halteres, caneleiras, bolas, elásticos, colchonetes</p> <p>Políticos: mobilização da equipe de saúde da família para apoio na divulgação do projeto entre os usuários; apoio da gerência da unidade de saúde incentivando a divulgação adequada do projeto na comunidade pela equipe</p>
<p>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</p>	<p>Estrutural: local disponível para a realização das atividades</p> <p>Econômicos: verba para aquisição dos materiais</p> <p>Políticos: mobilização da equipe e apoio da gerência da unidade básica de saúde</p>
<p>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</p>	<p>Gerente da unidade básica de saúde: favorável. Suporte à equipe, no que for necessário, no seu intercâmbio junto à comunidade, na organização da agenda da equipe para a realização das reuniões necessárias e da disponibilização do local para a realização das atividades. Motivação: favorável</p> <p>Secretaria municipal de saúde: favorável. O projeto será encaminhado à secretaria demonstrando a relevância da sua explicitando os possíveis resultados a serem alcançados Motivação: favorável</p>
<p>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</p>	<p>Profissional de Educação Física do Centro de Saúde</p> <p>Prazo de dois meses para elaboração, apresentação e divulgação do projeto e, após esse período, se iniciarem os encontros presenciais do grupo</p>
<p>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</p>	<p>Toda a gestão do plano de ação caberá ao profissional de Educação Física do centro de saúde, como a elaboração e implementação do projeto (dois meses), a elaboração e execução das atividades que serão concretizadas nos grupos (decorrer do projeto) e a</p>

	<p>realização das avaliações periódicas dos resultados (a todo momento e no encerramento dos ciclos de atividades a cada quatro meses). O monitoramento e a avaliação das ações também serão, conjuntamente, realizados pela gerência da unidade de saúde que, em última instância, é responsável por tudo o que os profissionais que estão sob sua gestão realizam. A avaliação junto à gerência se dará por meio da apresentação dos resultados obtidos, como número de usuários inscritos e frequentes no grupo, tipo de atividades realizadas e as respostas obtidas dos participantes, e evoluções de alguns parâmetros físicos (peso, índice de massa corpórea, medidas de circunferências, entre outros) e subjetivos (como os usuários se sentem participando do grupo, por exemplo). Dessa forma, as ações serão apresentadas à gerente da unidade e serão também avaliadas por ela.</p>
--	---

Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2: “Baixas interações e relações sociais dos usuários com transtornos mentais” relacionado ao problema “baixa qualidade de vida dos usuários com transtornos mentais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Azul, Unidade Básica de Saúde Zilah Spósito, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Dificuldade de interação social dos usuários com transtorno mental
6º passo: operação (operações)	Criação de um grupo de usuários com transtorno mental com reuniões periódicas visando a interação social desses usuários por meio de “rodas de conversas e momentos de escuta”, brincadeiras e dinâmicas interativas, coordenadas pela Educadora Física. Além disso, serão convidados outros profissionais de apoio do NASF como farmacêutica, fisioterapeuta, e psicóloga e outros profissionais da equipe de saúde da família como médica e enfermeira para realizarem abordagens pontuais junto aos usuários, proporcionando um cuidado interdisciplinar voltado à sua melhor qualidade de vida de uma maneira geral, incluindo diversos aspectos.

	<p>A ideia é incentivar e melhorar o vínculo entre os participantes do grupo proporcionando posteriormente a maior participação desses usuários em outras atividades em grupo que acontecem no território (aulas de artesanato, academia da saúde, aulas de dança, entre outras) incorporando-os aos projetos sociais que existem no território.</p>
6º passo: projeto	Mentalize e se equilibre
6º passo: resultados esperados	Melhoria das relações e interações sociais dos usuários com transtornos mentais atendidos pelo grupo, melhora na comunicação, perspectiva de pertencimento à sociedade/comunidade por parte dos usuários, melhoria de qualidade de vida.
6º passo: produtos esperados	Grupo voltado aos usuários com sofrimento mental que se tornarão mais interativos, com melhor comunicabilidade, mais dispostos a participarem de outras atividades em sua vida pessoal (encontros familiares, de grupos sociais e religiosos, por exemplo), criação de um vínculo entre os participantes e com os profissionais.
6º passo: recursos necessários	<p>Estrutura física: local para os encontros do grupo com espaço físico amplo e adequado</p> <p>Cognitivos: profissional da saúde com conhecimento e aprofundamento prévio no tema</p> <p>Econômicos: verba para aquisição dos materiais como alguns equipamentos para a realização de dinâmicas e brincadeiras (jogos, bolas, papéis e lápis ou giz de cera, tintas, dentre outros materiais), cadeiras e mesas</p> <p>Políticos: mobilização da equipe de saúde da família para apoio na divulgação do projeto entre os usuários; apoio da gerência da unidade de saúde incentivando a divulgação adequada do projeto na comunidade pela equipe</p>
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Estrutural: local disponível para a realização das atividades</p> <p>Econômicos: verba para aquisição dos materiais</p> <p>Políticos: mobilização da equipe e apoio da gerência da unidade básica de saúde</p>

<p>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</p>	<p>Gerente da unidade básica de saúde: favorável. Suporte à equipe, no que for necessário, no seu intercâmbio junto à comunidade, na organização da agenda da equipe para a realização das reuniões necessárias e da disponibilização do local para a realização das atividades. Motivação: favorável</p> <p>Secretaria municipal de saúde: favorável. O projeto será encaminhado à secretaria demonstrando a relevância da sua explicitando os possíveis resultados a serem alcançados Motivação: favorável</p>
<p>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</p>	<p>Profissional de Educação Física do Centro de Saúde</p> <p>Prazo de dois meses para elaboração, apresentação e divulgação do projeto e, após esse período, se iniciarem os encontros presenciais do grupo</p>
<p>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</p>	<p>Toda a gestão do plano de ação caberá ao profissional de Educação Física do centro de saúde, como a elaboração e implementação do projeto (dois meses), a elaboração e execução das atividades que serão concretizadas nos grupos (decorrer do projeto) e a realização das avaliações periódicas dos resultados (a todo momento e no encerramento dos ciclos de atividades a cada quatro meses). O monitoramento e a avaliação das ações também serão, conjuntamente, realizados pela gerência da unidade de saúde que, em última instância, é responsável por tudo o que os profissionais que estão sob sua gestão realizam. A avaliação junto à gerência se dará por meio da apresentação dos resultados obtidos, como número de usuários inscritos e frequentes no grupo, tipo de atividades realizadas e as respostas obtidas dos participantes, como os usuários se sentem participando do grupo, por exemplo. Dessa forma, as ações serão apresentadas à gerente da unidade e serão também avaliadas por ela.</p>

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do programa de saúde da família busca direcionar o atendimento dos usuários às suas necessidades de uma maneira ampla e integral. Com base nisso, o atendimento não deve permanecer restrito ao médico e enfermeiro e sim incluir a participação de outros profissionais de saúde, visando a complementariedade do atendimento. Todas as áreas da saúde podem e devem contribuir para que a atenção básica seja não somente a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, mas também deve apresentar uma grande resolubilidade de questões de menor complexidade para impedir que haja a necessidade de encaminhamento dos usuários para os outros níveis de atendimento do sistema. Sendo assim, um projeto de intervenção como o proposto é de suma importância no contexto da atenção primária.

A equipe de saúde da família com a qual articulei a proposta e a gestão da unidade básica de saúde oferecem o suporte necessário à implementação do projeto tendo em vista os benefícios que serão trazidos aos usuários atendidos e à comunidade como um todo que é bastante carente de um atendimento ampliado de saúde voltado para os usuários com transtornos mentais, o que reforça a necessidade dessa intervenção. O trabalho realizado em grupo além de abranger um número maior de usuários possibilita a participação pontual de outros profissionais de saúde que também podem trazer contribuições relevantes de sua área de atuação, aumentando a eficácia desse atendimento de forma integral. Os grupos acontecerão no espaço da própria unidade básica de saúde o que favorece a criação de vínculo do usuário e facilita o seu deslocamento, por estar inserida na própria comunidade em que residem. Serão atendidos usuários acompanhados pela equipe de saúde da família e que não apresentem quadros de crises recentes, o que permite uma abordagem mais ampla que envolva pessoas com diferentes transtornos mentais, mas que possam interagir e participar das ações de forma conjunta.

A concretização desse trabalho é uma demanda recorrente na unidade básica de saúde em que atuo e está alinhada à realidade presente no território e discutida por diversos profissionais de saúde da área de abrangência. Por isso, acredito na viabilidade de execução do projeto e no alcance dos resultados esperados, o que é

muito favorável dentro do contexto da atenção primária em saúde preconizada pelo SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, Saúde Mental. Volume 34. Brasília/DF, 2013. Editora MS. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>.

Acesso em: 28 de out. de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília (DF): MS; 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>.

Acesso em 24 de mai. de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Informes do ministério da saúde, período 2013-2019, s.d. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>>. Acesso em: 02 de nov. de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 2446, de 11 de Novembro de 2014. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em 16 de jun. de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos. Informes do ministério da saúde, período 2013-2019, s.d. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 02 de nov. de 2019.

BRUNONI, L; SCHUCH, F. B; DIAS, C. P; KRUEL, L. F. M; TIGGEMANN, C. L. Treinamento de Força Diminui os Sintomas Depressivos e Melhora a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Idosas. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte. V.29, n.2, São Paulo, Abr/Jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092015000200189>. Acesso em 12 de abr. de 2020.

COELHO, F. G. M; JÚNIOR, J. S. V. Atividade Física e Saúde Mental do Idoso. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Pelotas/RS. 19(6):663-664. Nov. 2014. Disponível em:

<<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/06/328/editorial.pdf>>. Acesso em 12 de abr. de 2020.

FARIA, H. C; CAMPOS, F. C; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

FARIA, H. P; WERNECK, M. F; SANTOS, M. A; TEIXEIRA, P. F. Processo de trabalho em saúde e modelos de atenção. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2019.

GIRDWOOD, V. M. O; ARAÚJO, I. S; PITANGA, C. P. S. Efeitos da Atividade Física no Tratamento da Depressão na Mulher. Revista Baiana de Saúde Pública. v.35, n.3, p.537-547. Jul./Set. 2011. Disponível em:

<<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-611868>>. Acesso em 12 de abr. de 2020.

HERNANDEZ, J. A. E; VOSER, R. C. Exercício Físico Regular e Depressão em Idosos. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/46912/31302>>. Acesso em 12 de abr. de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>>. Acesso em 10 de out. de 2019.

LISBOA, Ministério da Saúde. Relatório Mundial da Saúde, Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. 1ª edição, Lisboa/ Portugal, Abril de 2002. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em: 28 de out. de 2019.

LOURENÇO. B. S; PERES, M. A. A; PORTO, I. S; OLIVEIRA, R. M. P; DUTRA, V. F. D. Atividade Física como uma estratégia terapêutica em Saúde Mental: uma revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem. Escola Anna Nery– Universidade Federal do Rio de Janeiro. v.21, n.3, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-8145017000300801&script=sci_arttext&tIng=pt>. Acesso em 04 de jun. de 2020.

MELO, B; MORAES, H. S; SILVEIRA, H; OLIVEIRA, N; DESLANDES, A. C; LAKS, J. Efeito do Treinamento Físico na Qualidade de Vida em Idosos com Depressão Maior. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 19(2): 205-214, Pelotas/RS, Mar. 2014. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/06/195/artigo-07-melo.pdf>>. Acesso em 12 de abr. de 2020.

MELO, L. G. S; OLIVEIRA, K. R. G; RAPOSO, J.V. A Educação Física no Âmbito do Tratamento em Saúde Mental: um esforço coletivo e integrado. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. v.17, n.3. São Paulo, Setembro, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000300501>. Acesso em 12 de abr. de 2020.

MENDES, E. V. Modelos assistenciais: sistemas, modelos e rede de atenção à saúde. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2011.

MENDES, G. A. B; CARVALHO, M. V; SILVA, A. M. C; ALMEIDA, R. J. Relação entre Atividade Física e Depressão em Idosos: uma revisão integrativa. Revista de Atenção à Saúde. São Caetano do Sul, v.15, n.53, p.110-116, Jul/Set. 2017. Disponível em: <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4524/pdf>. Acesso em 16 de jun. de 2020.

MINGHELLI, B; TOMÉ, B; NUNES, C; NEVES A; SIMÕES, C. Comparação dos Níveis de Ansiedade e Depressão entre Idosos Ativos e Sedentários. Revista de Psiquiatria Clínica. v.40, n.2, São Paulo, 2013. disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832013000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 04 de mai. de 2020.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Saúde mental depende do bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial, 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>>. Acesso em 12 de abr. de 2020.

OLIVEIRA, D. V. e colaboradores. O Nível de Atividade Física como um Fator Interveniente no Estado Cognitivo de Idosos da Atenção Básica à Saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Vol.24, n.11. Rio de Janeiro, Nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019001104163&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 de abr. de 2020.

OURÍVIO, F; LOPES, G; GONZAGA, J. V; BARRETO, L. OMS – Organização Mundial da Saúde – Saúde Mental. Guia de Estudos OMS, Saúde Mental. SNU (Simulazione Dele Nazioni Unite), Fundação Torino Escola Internacional: Belo Horizonte, 2018.

PEREIRA, A. A; VIANNA, P. C. M; MACHADO, L. A; SILVEIRA, M. R. Saúde Mental. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013.

PORTUGAL. Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários: uma perspectiva global. Organização Mundial da saúde, Wonca (World Family Doctors Caring fo People), Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009. Disponível em: <[https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao saude mental cuida dos primarios.pdf?ua=1](https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao%20saude%20mental%20cuidados%20primarios.pdf?ua=1)>. Acesso em 12 de abr. de 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental/atendimento>>. Acesso em: 28 de out. de 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018. Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude/plano-municipal-de-saude>>. Acesso em 10 de out. de 2019.

TRAJANO, H. Atendimentos da saúde mental da Prefeitura mais que dobram nos últimos 5 anos em BH. G1 Minas – Belo Horizonte, 22/07/2019. Disponível em : <<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2019/07/22/atendimentos-da-saude-mental-da-prefeitura-mais-que-dobram-nos-ultimos-5-anos-em-bh.ghtml>>. Acesso em 04 de mai. de 2020.

ZAGO, M. C; PADILHA, B. M. Atividade Física como Adjunto Terapêutico para Pacientes Psiquiátricos com adoecimento Mental Severo: revisão da literatura.

Psicologia em Revista. v.23, n.2, Belo Horizonte, Mai/Ago. 2017. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682017000200006>. Acesso em 04 de mai. de 2020.