

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

Victor Alves Teófilo

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O ATENDIMENTO DE
PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, CANAÃ II NO MUNICÍPIO DE
UBERLÂNDIA – MINAS GERAIS**

Uberaba - Minas Gerais

2020

Victor Alves Teófilo

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O ATENDIMENTO DE
PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, CANAÃ II NO MUNICÍPIO DE
UBERLÂNDIA – 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.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide
Negreiros de Araújo

Uberaba - Minas Gerais

2020



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 26 dias do mês de Setembro de 2020, 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 do aluno **VICTOR ALVES TEOFILIO** intitulado PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O ATENDIMENTO DE PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, CANAÃ II NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA – 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. MARIA RIZONEIDE NEGREIROS DE ARAUJO e Profa. Dra. MARIA DOLÔRES SOARES MADUREIRA. O TCC foi aprovado com a nota 92.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia vinte e seis do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 22 de julho de 2021.

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



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 25/07/2021, às 20:51, 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 **0851805** e o código CRC **DC44D41F**.

Victor Alves Teófilo

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O ATENDIMENTO DE
PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, CANAÃ II NO MUNICÍPIO DE
UBERLÂNDIA – 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.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - orientadora (UFMG)

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 08/05/ 2020.

AGRADECIMENTOS

A Deus agradeço a oportunidade de me aprofundar no estudo da atenção primária, contribuindo com conhecimentos a serviço da população.

Aos meus pais, Maria Zuleide e Eder, por sempre me apoiarem sem cobranças.

À minha irmã, Letícia, futura colega de profissão,

À minha Unidade Básica de Saúde, Canaã II, e toda a nossa equipe, pela convivência e companheirismo.

Aos colegas de profissão, pela troca de conhecimentos e experiências em prol da Medicina e do bem-estar dos nossos pacientes.

Aos amigos, agradeço por compartilharem comigo todas as etapas e conquistas.

“O que quer que você faça, faça bem feito. Faça tão bem feito que quando as pessoas te virem fazendo, elas queiram voltar e ver você fazer de novo e queiram trazer outros para mostrar o quão bem você faz aquilo que faz.”

Walt Disney

RESUMO

Organização Mundial de Saúde define Saúde Mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar produtivamente sendo capaz de fazer uma contribuição para sua comunidade. Contudo, existe a necessidade de inserção de programas de prevenção e tratamento da saúde mental, que proporcione aos profissionais de saúde cursos de capacitação, para melhor manejo de pessoas com transtornos mentais nos serviços de saúde. O presente estudo tem por objetivo elaborar plano de intervenção para melhorar a assistência às pessoas com sofrimento mental na população assistida pela Equipe do Canaã V no município de Uberlândia, Minas Gerais. A metodologia utilizada para a elaboração do plano de intervenção foi primeiramente fazer o diagnóstico situacional da comunidade residente no território da unidade por meio do método da estimativa rápida, observando o dia a dia da equipe de saúde. Foi também realizada uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde para embasar as ações do referido plano de intervenção. Este foi realizado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se que, com as ações propostas a equipe de saúde possa enfrentar o problema e a população com mais informações sobre o sofrimento mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Sofrimento mental. Transtorno Mental.

ABSTRACT

World Health Organization defines Mental Health as a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stress of life, can work productively being able to make a contribution to his or her community. However, there is a need for insertion of prevention and treatment programs for mental health, which provide health professionals with training courses, for better management of people with mental disorders in health services. This study aims to develop an intervention plan to improve care for people with mental suffering in the population assisted by the Canaã V Team in the city of Uberlândia, Minas Gerais. The methodology used for the elaboration of the intervention plan was first to make the situational diagnosis of the community residing in the unit's territory through the rapid estimate method, observing the health team's daily routine. A bibliographic search was also carried out at the Virtual Health Library to support the actions of the mentioned intervention plan. This was carried out following the steps of strategic situational planning. It is expected that, with the proposed actions, the health team can face the problem and the population with more information about mental suffering.

Keywords: Mental health. Primary health care. Mental suffering. Mental Disorder.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DSM	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PSF	Programa Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretária Municipal de Saúde
TCM	Sufrimento Mental Comum
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Canaã V, Unidade Básica de Saúde Canaã II, município de Uberlândia, estado de Minas Gerais. 16
- Quadro 2** - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Atendimentos insuficientes às pessoas com sofrimento mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canaã V, do município de Uberlândia estado de Minas Gerais. 32
- Quadro 3** - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Atendimentos insuficientes às pessoas com sofrimento mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canaã V, do município de Uberlândia estado de Minas Gerais. 33
- Quadro 4** - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Atendimentos insuficientes às pessoas com sofrimento mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canaã V, do município de Uberlândia estado de Minas Gerais. 34

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Aspectos gerais do município	11
1.2	Aspectos da comunidade	11
1.3	O sistema municipal de saúde	12
1.4	A Unidade Básica de Saúde Canaã II	13
1.5	A Equipe de Saúde da Família Canaã V, pertencente a Unidade Básica de Saúde Canaã II.....	14
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Canaã II	14
1.7	O dia a dia da Equipe Canaã V	15
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	16
1.9	Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	16
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	20
4	METODOLOGIA	21
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1	Atenção Primária à Saúde	22
5.1.1	Renovação de prescrição médica na atenção primária	24
5.2	Saúde Mental.....	25
5.3	Sofrimento mental.....	26
5.4	Transtorno Mental.....	27
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	30
6.1	Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	30
6.2	Explicação do problema selecionado (quarto passo)	30
6.3	Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	31
6.4	Desenho das operações sobre os nós críticos – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (sétimo ao décimo passo).....	32
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	REFERENCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Uberlândia é uma cidade com 691.305 habitantes, de acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), sendo o município mais populoso do triângulo mineiro e o segundo mais populoso de Minas Gerais. Está localizado na região do Triângulo Mineiro, distando 537 km da capital do estado, Belo Horizonte.

É terceiro município com o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado. Conta com uma localização geográfica privilegiada, já que, com sua malha rodoviária está ligada aos grandes centros nacionais, como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Goiânia e Brasília. Com o desenvolvimento de Uberlândia e cidades próximas, foi criada a microrregião de Uberlândia, reunindo além do município, outras dez cidades.

Com o desenvolvimento demográfico da cidade, houve necessidade em investir na infraestrutura municipal e cultural. Foram criados cerca de dez cinemas, inaugurados diversas casas de diversão e teatros. A cidade conta com escolas em todas as regiões. Devido à intensa urbanização, os poucos habitantes da zona rural têm fácil acesso a escolas em bairros urbanos próximos. Em julho de 2015, a rede municipal contava com 54 escolas. A cidade também conta com várias faculdades, incluindo uma Universidade Federal (UFU), com cerca de 50 mil estudantes. O município tem uma importante tradição cultural, que vai desde artesanato até o teatro, música e esporte.

1.2 Aspectos da comunidade

O Bairro Canaã está localizado na região Oeste de Uberlândia e faz divisa com os bairros Morada Nova, Jardim Holanda, Jardim das Palmeiras e Chácaras Panorama; está localizado a cerca de 7 km do centro da cidade tomando como base a praça Tubal Vilela. Ao redor do Canaã I e II, surgiram ainda os bairros Santo Antônio e Bela Vista, hoje todos integrando o Jardim Canaã. A religiosidade é uma característica marcante ao bairro.

O Jardim Canaã apresenta, além do próprio nome, ruas que fazem referência bíblica, como Rua Jerusalém, Babel, Jericó. Aspecto reforçado pelas dezenas de igrejas no bairro. Apesar da expansão de escolas, centros educacionais, comércio local, supermercados e de quatro equipes de atenção básica, a carência de políticas urbanas voltadas para um planejamento gerou uma hipertrofia das unidades de saúde, poucas áreas de lazer e recursos sociais frente à demanda populacional, assim como o aumento da criminalidade e narcotráfico.

O bairro, ainda que periférico e, em meio a conflitos, se destaca por sua riqueza cultural. Ela se deve a uma diversidade populacional, com grande contingente natural da região nordeste, assim como religiosa, apresentando igrejas católicas, evangélicas e centros de diversas religiões.

1.3 O sistema municipal de saúde

O município de Uberlândia é considerado referência em saúde para a região do triângulo mineiro, alto Paranaíba, noroeste de Minas e sul goiano, contando com mais de uma dezena de hospitais, tanto privados como públicos, além de unidades de atendimento integrado (UAI), localizados em sete bairros da cidade. A cidade possui 944 leitos para internação, sendo 420 privados e 524 públicos. Uberlândia conta com um hospital maternidade municipal, um hospital universitário da UFU, oito unidades de atendimento integral, 52 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), cinco Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e duas unidades de apoio na zona rural.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no município em 2003, em um momento em que havia poucos equipamentos de saúde na área de atenção primária. Decidiu-se pela implantação da ESF na gestão de Zaire Resende, como Prefeito Municipal, e Flávio Goulart, como Secretário Municipal de Saúde, dotado de larga experiência em função de ter desenvolvido pesquisa de mestrado e doutorado em Saúde Pública sobre a temática PSF. O município conta com 52 unidades básicas de saúde da família e oito unidades básicas de saúde.

As Consultas especializadas estão disponíveis nas mais diversas áreas, incluindo: angiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, dermatologia, endocrinologia, gastrenterologia, infectologia, mastologia, nefrologia,

neurologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, psiquiatria e urologia.

Uberlândia conta com oito UAI, que oferecem Pronto Atendimento em Clínica Médica, Pediatria, Traumatologia e, especificamente na UAI do Martins, o Pronto Atendimento em Ginecologia e Obstetrícia. São elas: Pampulha, Tibery, Planalto, Luizote, Roosevelt, Martins, Morumbi (apenas Pronto Atendimento) e São Jorge. Nas Unidades de Atendimento Integrado também são realizados exames de apoio, diagnóstico de imagem e laboratório, dentre outros. Existem leitos para observação, sala de emergência e sala para pequenas intervenções cirúrgicas ambulatoriais.

A atenção hospitalar do município conta com mais de uma dezena de hospitais, tanto privados como públicos, além de unidades de atendimento integrado (UAI), localizados em sete bairros da cidade.

Uberlândia é sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Paranaíba (CIS/AMVAP).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Canaã II

A UBS Canaã I e II (Unidade Compartilhada) foi inaugurada no ano de 2015, tornando-se um grande avanço na saúde de Uberlândia; a UBS Canaã II compreende as Equipe do Canaã II e IV com a área de abrangência da Uai Planalto. Mesmo com a inauguração de uma unidade compartilhada (UBS Canaã I e II) ainda existiam dentro do bairro áreas que não eram cobertas pela equipe de Saúde da Família. Em junho de 2017 foi aberta uma terceira equipe na UBS Canaã II que fazia com que o bairro tivesse 100% de cobertura da Atenção primária, a Equipe do Canaã V (onde atuo).

Na Área de abrangência da Canaã V temos um Assentamento, área do território ainda sem pavimentação nas ruas ou rede de esgoto.

A maior distância até a UBS Canaã é da microárea 6 que está há 150? km de distância. A área de Abrangência da Equipe do Canaã V especificamente compreende uma área de 548.413,88 m² (cerca de 5,5 km). A População da Equipe Canaã V segundo o sexo divide-se em 2001 pessoas do sexo feminino e 2006 pessoas do sexo masculino totalizando 3897, habitantes. Percebe-se que a

porcentagem de adultos jovens comparativamente com outras faixas etárias é prevalente.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Canaã V, pertencente à Unidade Básica de Saúde Canaã II

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira e três agentes comunitários de saúde. Até pouco tempo atrás, não havia equipe de odontologia responsável especificamente pela equipe do Canaã V, mas recentemente foi contratada uma nova cirurgiã dentista para integrar a equipe. A equipe também conta com os serviços dos demais profissionais do NASF que atendem toda a unidade, incluindo um farmacêutico, uma psicóloga, uma nutricionista, um fisioterapeuta e um profissional da educação física.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Canaã II

A Unidade de Saúde funciona das 7:30h às 17h, exceto nas quintas feiras, quando interrompe o funcionamento às 15h para reunião interna. Todos os dias, os ACS estão na unidade, que é composta por três equipes de saúde da família, cada uma com dois ou três ACS. Cada equipe conta com uma enfermeira e um médico, além da equipe da odontologia, com três cirurgiões dentistas, cada uma responsável por uma equipe. A equipe é coordenada por uma enfermeira, que exerce funções puramente de gestão.

A unidade conta, ainda, com quatro técnicos de enfermagem, que exercem funções como realizar curativos, aplicar vacinas e aferir pressão arterial. Há um farmacêutico na unidade, que dispõe de uma farmácia contendo medicamentos para uso contínuo e medicações injetáveis, para uso em situação agudas. Quanto à estrutura física, a unidade conta com uma sala de reuniões, para atender principalmente grupos realizados pela UBS. Consultórios de enfermagem, para atendimentos diversos e principalmente de acolhimento, contendo três consultórios na unidade. Há três salas de procedimentos de enfermagem, onde técnicos realizam procedimentos como curativos, vacinação, entre outros.

Há um consultório odontológico, com quatro cadeiras para atendimento de até quatro pacientes simultaneamente. Existe um escovódromo, para realizar atividades de ensino quanto à higiene bucal. A farmácia fica em frente à recepção central, onde

os pacientes se acomodam enquanto aguardam atendimento. Existe uma sala destinada às atividades e reunião dos ACS, além da recepção, onde três recepcionistas atendem ao mesmo tempo. São três consultórios médicos. Praticamente toda a unidade é informatizada, o que facilita bastante a organização das atividades.

1.7 O dia a dia da Equipe Canaã V

As atividades da Equipe do Canaã V se iniciam às 07:30h terminando as atividades às 17:00h. O horário em que os usuários mais procuram unidade é no período da manhã, entre 07:30h e 09:30h. O Acolhimento acontece durante todo o período do expediente. Atualmente nossa agenda já funciona com o bloco de horas e os pacientes chegam com 15 minutos de antecedência.

Diariamente, cerca de 12 pacientes são atendidos por turno para cada médico na unidade, além de cerca de 20 acolhimentos pela enfermagem, o que resulta em um ou dois atendimentos extras para cada médico. A equipe da odontologia atende cerca de 14 pacientes por turno. As receitas são renovadas fora de grupos. Os pacientes são orientados a comparecer na recepção e deixar cópia da receita em uso para que seja renovada, o que otimiza os atendimentos médicos e evita consultas apenas com a finalidade de renovar receitas de medicações de uso contínuo.

Desde o início do ano anterior, a UBS, incluindo todas as equipes, estão participando de um projeto de qualificação, o “Qualifica saUDI”, a fim de monitorizar e melhorar o serviço fornecido pela unidade aos moradores. A estratégia adotada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem como foco estabelecer padrões de qualidade comuns para a APS. Para tanto, há necessidade de adoção de padrões pela SMS, por meio de diretrizes clínicas. As diretrizes clínicas fornecerão os padrões de cuidado nas redes de atenção à saúde e busca estabelecer uma linguagem comum nos diversos pontos de atenção. Estas diretrizes clínicas devem apresentar a estratificação de risco e o padrão de cuidado para as condições estabelecidas. Para os eventos agudos, o município deve adotar um protocolo que contenha a classificação de risco para as urgências, os tempos para o primeiro atendimento e o fluxograma.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Após a realização do diagnóstico situacional, por meio do método da estimativa rápida onde foram levantados os principais problemas existentes no território da equipe de saúde, identificaram-se os seguintes problemas:

- Dificuldade em assegurar atendimentos especializados integralmente, nas mais diversas especialidades, especialmente em psiquiatria.
- Constante falta de determinadas medicações, necessárias para melhor controle de morbidades crônicas e agudas da população.
- Existência de áreas de assentamentos, ainda em condições precárias de saneamento.
- Atualmente, alta taxa de casos de dengue, sobrecarregando as unidades de pronto atendimento, refletindo em sobrecarga no acompanhamento dos pacientes na atenção primária.
- Déficit no número de ACS, para cobrir a população assistida pelas equipes lotadas na UBS.
- Demora em providenciar consertos ou novos aparelhos básicos, necessários ao seguimento de determinados grupos de pacientes, como sonares para ausculta fetal.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Canaã V, Unidade Básica de Saúde Canaã II, município de Uberlândia, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Atendimentos insuficientes às pessoas com sofrimento mental	Alta	6	Total	1
Falta de medicações	Alta	7	Parcial	2
Existência de áreas de assentamento	Alta	6	Fora	3

Alta incidência de casos de dengue	Média	4	Parcial	6
Déficit no número de ACS	Média	4	Parcial	4
Demora no conserto/substituição de aparelhos médicos danificados	Média	3	Fora	5

Fonte: autoria do autor

Legenda:

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Considerando os problemas observados, um ponto importante na definição do problema a ser abordado é a capacidade de enfrentamento. Muitos dos problemas observados dependeriam de grande participação da gestão municipal, o que dificulta bastante a resolução, mesmo em longo prazo, como a presença de áreas de assentamento, com saneamento inadequado; a falta de determinadas medicações nos estoques das farmácias e o déficit no número de ACS. São medidas em que a contribuição da equipe se resume basicamente em cobrar das autoridades responsáveis. Portanto, é importante abordar um problema passível de intervenção, pelo menos parcialmente, pela equipe, sem depender tanto da gestão municipal. Levando os três pontos em consideração – importância, urgência e capacidade de enfrentamento, o mais adequado como foco de intervenção é a melhoria na assistência aos portadores de sofrimento mental.

2 JUSTIFICATIVA

O problema escolhido como prioridade principal foi a dificuldade em assegurar atendimentos às pessoas com sofrimento mental assistidos pela equipe do Canaã V. Este tema foi considerado importante por conta da atual dificuldade em garantir acompanhamento especializado aos pacientes portadores de sofrimento mental.

Parte do problema envolve como fator causal a atual forma de atendimento em psiquiatria, que ocorre segundo atendimento compartilhado entre o médico de família e o psiquiatra, sob a forma de tutorias, que ocorrem em intervalos regulares, porém com número limitado de pacientes por tutoria, considerado insuficiente pela equipe.

Outro ponto importante que deve ser ressaltado e foco de melhoria é a grande quantidade de receitas de medicamentos psiquiátricos renovadas sem a presença do paciente, o que dificulta o acompanhamento periódico dos pacientes já em tratamento.

A demanda de cuidado em saúde mental não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. Atualmente, o cuidado envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Tal cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem sempre prontamente assistida devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos pacientes e seus familiares, quanto pelos profissionais e a sociedade em geral... (CARDOSO; GALERA, 2011, p.687).

Melhorar o cuidado oferecido a esses pacientes é de extrema importância, considerando a prevalência de transtornos associados ao sofrimento mental nos dias atuais.

Dessa maneira, a atenção primária, como porta de entrada ao acesso das pessoas ao sistema de Saúde, deverá promover entre suas ações, novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo apenas à cura de doenças, ou seja, olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013). Para tanto, é necessário um foco especial na saúde mental, assegurando atendimentos a quem precisa e mantendo tais pacientes por perto, a

fim de oferecer melhor assistência e monitorizar a eficácia do tratamento, bem como os efeitos adversos possíveis decorrentes do uso prolongado de medicações psiquiátricas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar plano de ação para melhorar a assistência às pessoas com sofrimento mental na população assistida pela Equipe do Canaã V no município de Uberlândia, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Propor um maior número de atendimentos especializados durante as tutorias de psiquiatria.

Estruturar o processo de renovação de receitas de forma que o paciente esteja na unidade em contato com o médico, no momento de renovação.

Qualificar o médico de família para atender casos mais complexos as pessoas com sofrimento mental, a fim de reduzir a dependência do médico psiquiatra.

4 METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizado o levantamento dos problemas mais importantes passíveis de intervenção, por meio do método da estimativa rápida, observando o dia a dia da equipe de saúde. A partir do levantamento dos problemas foi realizada a priorização dos mesmos utilizando os critérios de importância, urgência, capacidade de enfrentamento e finalmente a priorização.

Para tanto, utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional, estimando a importância de cada problema selecionado, definindo um prioritário através da estimativa rápida.

Para subsidiar a elaboração do plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos seguintes descritores:

- Saúde Mental
- Sofrimento mental.
- Transtorno Mental.
- Renovação de receitas

O plano de intervenção foi construído utilizando os passos do planejamento estratégico situacional, conforme preconizado por Faria, Campos e Santos (2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde

O Brasil, seguindo orientações do Ministério da Saúde (MS), busca por meio de orientação normativa, melhorar a Atenção Primária à Saúde (APS) de forma direcionada à Estratégia de Saúde da Família (ESF), procurando torná-la porta de entrada deliberativa do sistema de saúde (PORTELA, 2017).

No Brasil, a Atenção Primária define-se por um conjunto de práticas de saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo, incluindo a promoção e proteção da saúde, precaução de agravos, diagnóstico e tratamento, bem como a reabilitação, redução de danos e preservação da saúde. Dessa forma, tem por objetivo aprimorar uma atenção integral que seja capaz de promover boas condições de saúde (BRASIL, 2012).

Atenção primária ou básica no Brasil é realizada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Saúde da Família é sua estratégia primordial, conforme estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que teve sua primeira edição publicada em 2006, com atualização em 2011 e uma terceira edição em 2017 (MELO *et al.*, 2018).

Em sua primeira edição, em 2006, ficou estabelecido a concepção de Atenção Básica designada a Atenção Primária, onde a Saúde da Família é o modelo de substituição e de reorganização da Atenção Básica. Além disto, reconsideraram-se as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) identificando a existência de diversas categorias segundo o modelo de organização predominante – UBS com ou sem ESF (MELO *et al.*, 2018).

Segundo Ministério da Saúde, o termo “Atenção Básica” descreve um conjunto de serviços de alta complexidade e baixa consistência tecnológica:

[...] sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012, p. 19).

De acordo com Starfield (2002), a APS é o contato primário da assistência continuada centrada no indivíduo, de maneira atender as suas necessidades de saúde. A APS estabelece, até então, os cuidados necessários ao paciente quando estes recebem assistência em outros níveis de atenção. A autora ainda recomenda as seguintes particularidades para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

O Conselho Nacional de Secretários de saúde (BRASIL, 2009) relata que estes preceitos são essenciais para determinar a atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde.

O primeiro contato se dá através da acessibilidade aos serviços de saúde para cada novo problema que surge. A longitudinalidade propõe o suporte aos cuidados do paciente pela equipe de saúde, sugerindo um ambiente com relações colaborativas tanto por parte da equipe, quando os pacientes e familiares. A integralidade diz respeito à prestação de um conjunto de serviços pela equipe de saúde à comunidade, para que de forma resolutiva exista o reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que ocasionam as doenças. A coordenação se refere à continuidade da atenção, prestada pela equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (BRASIL, 2009).

Dessa forma, a APS é responsável por proporcionar à população, os cuidados necessários em consonância com os problemas de saúde, que apresente uma maior prevalência, levando em consideração as características clínicas dos pacientes e seus problemas, esta medida inclui a prevenção, bem como a promoção da saúde. Dessa maneira, a Atenção Primária à Saúde torna-se recomendada na rede assistencial dentro do sistema de saúde, estabelecida pela continuidade e integralidade da atenção, voltada à família, com orientação e participação da comunidade e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2002).

De acordo Mendes (2012), atenção Primária à Saúde apresenta três interpretações principais: APS como atenção primária seletiva, APS como nível primário dos sistemas de atenção à saúde e APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Estas três identificações dos cuidados primários, são detectadas

em vários países e podem coexistir simultaneamente dentro de um mesmo país (MENDES, 2012).

Segundo Yordy *et al.* (1994) a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde fundamenta-se na organização e função resolutiva dos problemas comuns de saúde, do serviço prestado a uma população restrita.

5.1.1 Renovação de prescrição médica na atenção primária à saúde

Os portadores de sofrimento mental grave ou psicóticos possuem acesso restrito às unidades básicas de saúde, e quando atendidos são pacientes que mantêm um quadro estável, recebendo apenas uma renovação de receita.

[...] Assim, quando um paciente nos vem pedir pela milésima vez uma receita de diazepam, não custa lembrar que foram profissionais de Saúde quem lhe prescreveu esses remédios pela primeira vez, e continuaram a fazê-lo automaticamente por anos a fio (MINAS GERAIS, 2006, p, 56).

Nas unidades de saúde constantemente ocorre à renovação de receitas sem uma avaliação clínica do paciente (PETTY, ZERMANSKY, ALLDRED, 2014; SAASTAMOINEN; ENLUND; KLAUKKA, 2008). A prática de renovação de receitas na atenção básica gera não somente um impacto logístico ao processo de trabalho, mas também à própria saúde dos pacientes (PETTY; ZERMANSKY; ALLDRED, 2014).

Critérios foram estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para uso racional de medicamentos, que consiste na indicação clínica correta, assim como segurança, eficácia e efetividade dos medicamentos (MADRUGA; SOUZA, 2009). Falta de informações acerca das características clínicas e do tratamento prévio de usuários convertem-se em falhas na prescrição, uso inapropriado de fármacos e possíveis agravos à saúde (SAASTAMOINEN; ENLUND; KLAUKKA, 2008).

O conceito de receita renovável é regido pelo decreto de lei nº 128/2013, de 05/09/2013, descrito no artigo 116º, no qual estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano (REIS *et al.*, 2018, p. 3):

Art. 116. São passíveis de receita médica renovável os medicamentos sujeitos a receita médica que se destinem a determinadas doenças ou a tratamentos prolongados e possam, no respeito pela segurança da sua utilização, ser adquiridos mais de uma vez, sem necessidade de nova prescrição médica.

Contudo, as repetições de receitas geram alguns problemas como a não verificação do uso correto de medicações, além de não ser possível averiguar a eficiência terapêutica, dependência medicamentosa e efeitos colaterais consideráveis, desta forma não é possível verificar os riscos ao paciente e sua adesão ao tratamento (REIS *et al.*, 2018).

5.2 Saúde Mental

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não considera apenas a ausência de doenças ou qualquer tipo de enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006, p. 1).

A definição de saúde proposta pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” tem sido alvo de inúmeras críticas, pois defini-la desta forma faz dela algo ideal, inatingível. Alguns autores sustentam que a definição teria possibilitado uma medicalização da existência humana, assim como abusos por parte do Estado a título de promoção de saúde (OMS, 2001; CAPONI, 2003; CARVALHO, 2005 *apud* GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014, p. 71).

Conforme ressalta o Ministério da Saúde, em relação à demanda em Saúde Mental na atenção básica:

[...] As pessoas procuram ajuda na AB porque sofrem, e não porque tem uma doença. Muitos dos que sofrem e procuram atendimento, estão de fato doentes, mas dificilmente a doença explica todo seu sofrimento. O maior desafio dos serviços de Saúde, no entanto, é cuidar daqueles que estão doentes sem sofrer e dos que sofrem sem estar doentes. São os que estão doentes sem sofrer que fazem do diabetes mellitus, da hipertensão e da obesidade os fatores de risco mais comuns para as doenças cardíaco e cerebrovasculares. São os que sofrem sem estar doentes que lotam as agendas da AB e inflam as estatísticas de prevalência de depressão e de ansiedade. Nesse ponto, vamos lembrar que não é a doença apenas que mobiliza os

cuidados dos profissionais de Saúde, mas sim pessoas que sofrem e, doentes ou não, buscam ajuda. Portanto, dizer que uma pessoa não está doente, não significa que ela não necessita de cuidado (BRASIL, 2013, p. 89).

Tendo em vista medidas de prevenção, com a intenção de promover saúde mental à comunidade, faz-se necessário a inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e notificação sobre saúde. A monitorização é importante para assegurar a efetividade dos programas de prevenção e tratamento de saúde mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

No Brasil, é possível observar transformações conceituais e operacionais, que passam por uma transição entre o modelo histórico baseado na referência hospitalar para um novo conceito de atenção descentralizado e de base comunitária (BITTENCOURT; MATEUS, 2006). Desta forma, o cuidado com a Saúde Mental na Atenção Básica busca facilitar tanto o acesso das equipes de saúde aos usuários e vice-versa, ressaltando a importância, no que diz respeito à identificação de sintomas e atendimento inicial (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

É de responsabilidade da equipe conceder informações sobre os medicamentos psiquiátricos, fornecer orientações e suporte aos familiares e cuidadores, orientando os familiares sobre como lidar com os pacientes, com o objetivo de aumentar a participação ativa e a responsabilidade dos pacientes com o próprio tratamento (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

5.3 Sofrimento mental

Na Atenção Básica as equipes de saúde atendem consideravelmente pessoas que buscam por ajuda profissional, em função de um sofrimento mental recorrente, apresentam um histórico de queixas de tristeza e/ou ansiedade, algumas vezes a demanda atendida não é necessariamente esta, porém profissionais identificam nos indivíduos níveis de tristeza e/ou ansiedade (BRASIL, 2013).

Contudo, as síndromes mais frequentes na Atenção Básica são a depressiva, ansiosa e de somatização, embora cada uma destas síndromes seja considerada como um diagnóstico ou categoria individual há uma intersecção durante sua

evolução o que se denomina de “Sofrimento Mental Comum” (TCM) (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

O conceito de somatização de queixas sem sintomas físicos, sem esclarecimento médico, se sobrepõe. Este quadro dispõe de apresentação clínica diferente, em um grupo, o sofrimento mental é inespecífico, não atende a critérios para presença de transtorno mental. Em um segundo grupo, há um transtorno mental comum, como ansiedade ou depressão, o que conseqüentemente explica os sintomas físicos. E em um terceiro grupo, o indivíduo apresenta um quadro clínico crônico com síndromes psiquiátricas especificamente associadas à presença de sintomas somáticos inexplicáveis; as pessoas deste grupo são consideradas de fato as somatizadoras (ARAUJO *et al.*, 2018).

O sofrimento mental comum apresenta um impacto relevante em casos prevalentes de agravo à saúde. Contribuindo como fator de risco, interferindo na aderência do tratamento ou ainda intensificando o prognóstico, estudos demonstram que sintomas depressivos e ansiosos estão relacionados com doenças cardiovasculares (DIMENSTEIN *et al.*, 2005).

A “Mediação de Conflitos” é um recurso utilizado para auxiliar nos cuidados de pessoas que são acometidas pelo sofrimento mental, nesses casos o profissional de saúde precisa atuar utilizando de conhecimentos acerca das relações humanas, uma vez que, acabam por se depararem com situações de conflitos familiar ou grupal. O objetivo é utilizar algumas técnicas simples e práticas de mediação de conflitos para conduzir da melhor forma a situação, atuando como agente mediador e contribuindo para resolução do problema (BRASIL, 2013).

5.4 Transtorno Mental

A primeira definição atribuída a transtorno mental surge no Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-III) que descreve como a principal condição para o desenvolvimento de um transtorno mental a presença dos critérios de angústia e incapacidade. Desde então os critérios de angústia e incapacidade mantiveram-se como essencial na definição de transtorno mental no DSM-IV (Mental Disorder—The Need for an Accurate Definition) (ARAUJO; LOTUFO NETO, 2014).

Os transtornos mentais são comumente associados a sofrimento ou incapacidade em desempenhar atividades sociais, ocupacionais e demais atividades importantes (ARAUJO, LOTUFO NETO, 2014).

Ludemir; Melo Filho (2002) *apud* Moreira *et al.* (2011, p. 222) comentam que

O conceito de TMC foi proposto por Goldberg & Huxley e se refere a casos que apresentam sintomas não psicóticos, como insônia, fadiga, sintomas depressivos, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que produzem incapacidade funcional das pessoas [...]

Contudo, no DSM-5 houve uma mudança no conceito, e disfunção tem precedência, surgindo no início da definição e sendo considerado seu principal critério, sendo assim transtorno mental passou a ser definido como uma síndrome identificada por apresentar distúrbios clínicos consideráveis na cognição, regulação emocional e comportamental de um indivíduo que apresente uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento implícito ao funcionamento mental (ARAUJO; LOTUFO NETO, 2014).

A prevalência dos transtornos mentais é considerável, representando quatro em cada dez principais causas de incapacidade em todo o mundo. Os gastos têm sido considerados substanciais não somente em termos de prejuízos econômicos, mas também em sofrimento e incapacidade humana. Segundo estimativas, os transtornos mentais e de comportamento correspondem a 12% da carga mundial de doenças. Além disso, mais de 40% dos países necessitam de políticas de saúde mental e mais de 30% não possuem programas nessa esfera. Não há políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes em mais de 90% dos países. Além disso, os planos de saúde não incluem os transtornos mentais e comportamentais no mesmo nível das demais doenças (OMS, 2001).

Estudos realizados internacionalmente demonstram que a prevalência de Transtornos Mentais Comum (TCM) corresponde a cerca de 24,6% a 45,3%. Estes dados estão associados ao baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade. No Brasil pesquisas apontam que entre os estados brasileiros este transtorno apresenta

taxas de prevalência que alternam entre 17% a 35% e confirmam a presença de fatores associados apresentados pelos demais estudos, o nível socioeconômico e baixa escolaridade (MOREIRA *et al.*, 2011).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano de intervenção refere-se ao problema priorizado “Atendimentos insuficientes às pessoas com sofrimento mental”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional definido por Faria, Campos e Santos (2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Na nossa UBS, vários fatores contribuem para o problema em questão. É grande a demanda da população por atendimento em saúde mental, e são vários os usuários que já fazem uso de medicações controladas relacionadas, sendo a renovação de receitas feita sem a presença da pessoa pela grande demanda e dificuldade em encaixá-los na agenda. Alguns casos são mais complexos e de difícil manejo. Para tal, temos acesso a um psiquiatra que vai à UBS a cada 40 dias, atendendo apenas quatro pacientes. O sistema clássico de encaminhamento – seguindo o fluxo de referência ao especialista a partir do médico de família – não existe na área da psiquiatria. Todos os casos considerados de competência do especialista devem ser atendidos nas tutorias disponibilizadas, totalizando 12 casos em quatro meses, número insuficiente para a atual realidade da unidade.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Apesar da ampla gama de profissionais disponíveis na rede de saúde do município de Uberlândia, algumas áreas carecem de atendimentos de especialistas pelo grande número de demanda. O sistema de saúde funciona seguindo uma ordem de priorização de cada caso.

Ao encaminhar o paciente a determinado especialista, o médico seleciona um nível de prioridade para cada caso, que determina a prioridade do paciente na fila de atendimento. No entanto, a consulta com a reumatologia é a que mais demora a ser efetivada. Mesmo na prioridade mais alta, os pacientes da nossa unidade não conseguem atendimento em um curto período de tempo.

Na área de psiquiatria, o sistema funciona de forma diferente, não existe encaminhamento ao psiquiatra. A forma como o atendimento é realizado, segue a proposta de levar o especialista à unidade através de tutorias, onde ocorre atendimento especializado compartilhado em consulta com o médico, psicólogo e psiquiatra, juntos. A ideia é interessante, mas na prática pouco efetiva, já que ocorrem tutorias apenas a cada uma ou dois meses, e o número de pacientes delimitados pelo especialista é de apenas quatro por vez, deixando grande parte da população desassistida, tirando a possibilidade de encaminhamento formal, como para as demais especialidades.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Para a elaboração do plano de intervenção foram selecionados os seguintes “nós críticos”:

- **Ampliar estrutura dos serviços:** melhorar o sistema de referência e contrarreferência. Número reduzido de pacientes atendidos pelo psiquiatra pela rede de atenção à saúde. É possível propor atendimento a um número maior de pacientes por vez ou aumentar a frequência dos atendimentos especializados.
- **Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema:** pouca experiência do médico de família em lidar com casos mais complexos de sofrimento mental. Processo de renovação de receitas sem a participação ativa do paciente, dificultando a identificação daqueles que permanecem muito tempo sem uma avaliação médica periódica.
- **Pouca informação da comunidade sobre o problema:** necessidade de consultas periódicas para acompanhamento da eficácia dos tratamentos e monitorização de efeitos adversos das medicações em uso prolongado.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Atendimentos insuficientes às pessoas com sofrimento mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canaã V, do município de Uberlândia estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Estrutura de oferta dos serviços relacionados à saúde mental limitada.
Operações	Melhorar o sistema de referência e contrarreferência. Propor atendimento a um número maior de pacientes com sofrimento mental por vez, por parte do especialista da rede. Aumentar a frequência dos atendimentos especializados sob-responsabilidade do especialista contratado pela rede.
Projeto	Mais atendimentos
Resultados esperados	Reduzir em até 50% o tempo de espera que o paciente de saúde mental precisa aguardar para ser atendido, melhorando a qualidade de assistência.
Produtos esperados	Eliminar as filas de espera para atendimento psiquiátrico na área de abrangência da UBS. Controle clínico satisfatório obtido.
Recursos necessários	Estrutural: Médico psiquiatra encarregado da rede; Apoio da SMS. Cognitivo: Elaboração do projeto em questão. Financeiro: Acordo com a SMS para apoiar maior carga horária por parte do especialista da rede. Político: Acordo com o especialista da rede, com o objetivo de atender um maior número de casos, considerando aumento na carga horária de trabalho, bem como o aceite da SMS para viabilizar tais intervenções.
Recursos críticos	Estrutural: Disponibilidade na agenda médica para alocar um maior número de pacientes com sofrimento mental por tutoria realizada. Cognitivo: Articulação com o especialista em questão e elaboração de uma proposta de intervenção que sirva como base. Político: Apoio da gestão local e do especialista encarregado. Financeiro: Se necessário, maior disponibilidade da gestão local de recursos financeiros, favorecendo a pactuação com o especialista, considerando aumento da carga de trabalho do mesmo.
Controle dos recursos críticos	O próprio psiquiatra especialista é ponto fundamental para implementação da proposta. A compreensão da situação e concordância em contribuir para um maior número de atendimentos é essencial.
Prazo	1 ano

Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médico da área de abrangência da ESF, Psiquiatra vinculado à rede.
Gestão do Plano: processo de monitoramento e avaliação das ações	Implantação das ações do plano de intervenção em até 12 meses. Como as ações serão monitoradas e avaliadas?

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Atendimentos insuficientes às pessoas com sofrimento mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canaã V, do município de Uberlândia estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema
Operações	Melhorar a capacidade do médico de família em lidar com casos mais complexos de sofrimento mental. Intervir no processo de renovação de receitas psiquiátricas, envolvendo a presença do paciente, identificando mais facilmente a necessidade de ajustes medicamentosos.
Projeto	Participação ativa
Resultados esperados	Reduzir a necessidade de encaminhamentos ao especialista psiquiatra, com maior resolubilidade na atenção primária. Obter um novo processo de renovação de receitas para pessoas com sofrimento mental.
Produtos esperados	Grupos de renovação de receitas para pessoas com sofrimento mental implantado. Capacitações sobre sofrimento mental fornecida regularmente para o médico da atenção primária.
Recursos necessários	Estrutural: Locais para capacitação profissional e profissionais habilitados em fazê-la; ambiente adequado e organização estruturada para renovação de receitas em grupos. Cognitivo: Elaboração deste projeto e elaboração de medidas para viabilizá-lo. Financeiro: Suporte da gestão municipal para fornecer os meios devidos para capacitação do médico da APS. Político: Acordo com o a gestão municipal para facilitar a capacitação dos profissionais da atenção básica para o atendimento de pessoas com sofrimento mental na UBS
Recursos críticos	Estrutural: Disponibilidade de profissionais para realizar a capacitação do médico de família e de local para realização. Cognitivo: Articulação com a gestão municipal para colocar em prática o processo de capacitação. Político: Apoio da gestão local e dos especialistas psiquiatras, bem como adesão dos pacientes ao novo método de renovação de receitas proposto. Financeiro: Recursos fornecidos pela gestão municipais

	direcionados a realizar a capacitação, incluindo fornecimento de local e profissionais habilitados.
Controle dos recursos críticos	Neste caso, a participação e apoio da gestão municipal são essenciais para o processo de capacitação idealizado. Para um novo processo de renovação de receitas, os principais envolvidos são os próprios profissionais da UBS., incluindo agentes comunitários, divulgando a nova proposta, alinhamento com a gerência da unidade e como ponto de partida a ação do médico da UBS.
Prazo	1 ano
Responsável pelo acompanhamento das ações	Médico da UBS e gestão municipal de saúde.
Gestão do Plano: processo de monitoramento e avaliação das ações	Completar.

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Atendimentos insuficientes às pessoas com sofrimento mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canaã V, do município de Uberlândia estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Pouca informação da comunidade sobre o problema
Operações	Melhorar o conhecimento da população sobre a necessidade de manter um acompanhamento regular em se tratando de pessoas com sofrimento mental. Melhorar a monitorização dos efeitos adversos das medicações diante do uso prolongado.
Projeto	Mais conhecimento
Resultados esperados	Reduzir o tempo em que o paciente com sofrimento mental permanece longe do PSF e do acompanhamento médico. Obter uma população com mais conhecimento quanto a necessidade de manter acompanhamento regular.
Produtos esperados	Aumento no número de consultas de saúde mental. Criação de grupos/informativos incentivando o paciente a manter acompanhamento regular. Aumento da satisfação da população quanto ao estado mental individual.

Recursos necessários	<p>Estrutural: Meios de transmissão de informação, como panfletos, cartazes. Agentes comunitários de saúde.</p> <p>Cognitivo: Ter um projeto/linha de ação como base para colocar em prática os objetivos.</p> <p>Político: Apoio dos demais profissionais da UBS.</p> <p>Financeiro: Recursos para confeccionar panfletos/cartazes aumento da carga de trabalho do mesmo.</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: Agentes comunitários de saúde e demais profissionais da UBS, materiais para criação de informativos/cartazes de incentivo ao cuidado com a saúde mental.</p> <p>Cognitivo: Planejamento e elaboração de projetos de conscientização.</p> <p>Financeiro: confecção de cartazes/panfletos informativos para incentivar à população a procurar atendimentos em saúde mental.</p> <p>Político: Pactuação com os agentes comunitários de saúde e demais funcionários sobre a importância do tema. Mobilização social. Difusão, por parte dos agentes comunitários de saúde, dos materiais confeccionados. Incluindo visitas domiciliares com tal finalidade</p>
Controle dos recursos críticos	O próprio médico da UBS e os agentes comunitários de saúde, que precisam ser conscientizados e se moverem, sendo ponto de iniciativa, para concretizar o plano.
Prazo	1 ano
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Agentes comunitários de saúde e Médico da UBS.
Gestão do Plano: processo de monitoramento e avaliação das ações	Completar.

Fonte: autoria própria (2019)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese é possível observar a necessidade de realizar ações em saúde mental, dentro dos sistemas públicos de saúde, onde os profissionais estejam aptos à acolhida, a humanização, parceria com a comunidade, a fim de melhor promover a reabilitação psicossocial destes indivíduos.

Dessa forma, faz-se necessário ressaltar a importância do CAPS, da mesma forma, a atuação de uma equipe interdisciplinar, presentes nas UBS que tem como objetivo promover a inserção destes pacientes com uma maior autonomia e equilíbrio à sociedade, conscientizando os pacientes e tornando-os mais independentes e responsáveis com seu tratamento e medicações.

Espera-se que, com as ações propostas haja uma melhoria no atendimento das pessoas com sofrimento mental.

REFERENCIAS

ARAUJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais—o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ARAUJO, J. A. *et al.* Dor lombar e transtornos mentais comuns na Estratégia Saúde da Família: uma associação pouco reconhecida. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-14, 2018.

BARROSO, S.M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. Psiq. Clín.**, v.6, n.34, p. 270-77, 2007.

BITTENCOURT, R. A. A.; MATEUS, M. L. F. Possibilidades de atuação do psicólogo no programa saúde da família: a experiência de Bonito-MS. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 328-343, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 76 p, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v 45, n.3, p.687-691, 2011.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde de Família. **Mental**, v. 3, n. 5, p.23 - 41, 2005.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS,, M. A.. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 97 p

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de APS**, v. 11, n. 3, p. 285-94, 2008.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 17, n. 1, p. 69-84, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2019. <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama>>

MADRUGA, C. M. D.; SOUZA, E. S. M. **Manual de orientações básicas para prescrição médica**. João Pessoa: Ideia, 2009.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p., 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MOREIRA, J. K. P. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr**, v. 60, n. 3, p. 221-226, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001.

PETTY, D. R.; ZERMANSKY, A. G.; ALLDRED, D. P. The scale of repeat prescribing—time for an update. **BMC health services research**, v. 14, n. 1, p. 76, 2014.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

REIS, I. L. F. *et al.* Renovação de Prescrição Médica na atenção primária: uma análise crítica. **Rev. méd. Minas Gerais**. v. 28, n. e-1936, p.1-5, 2018.

SAASTAMOINEN, L. K.; ENLUND, H.; KLAUKKA, T. J. Repeat prescribing processes in primary care: a qualitative study. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 16, n. 3, p. 155-167, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, 2002.

YORDY, K. D. *et al.* **Defining primary care: An interim report**. National Academies, 1994.