

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Curso de Especialização – Estratégia Saúde da Família
Polo Maceió - AL

PROMOVER A SAÚDE MENTAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CACIMBAS EM LIMOEIRO DE ANADIA – ALAGOAS

CAMILA PEREIRA LOPES

MACEIÓ-AL, junho de 2015

CAMILA PEREIRA LOPES

**PROMOVER A SAÚDE MENTAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CACIMBAS EM LIMOEIRO DE ANADIA – ALAGOAS**

Projeto de TCC do Curso de especialização
Estratégia Saúde da Família para obtenção do
título de especialista.

Orientador: Eugênio Goulart

Tutor: Juliana Enders

MACEIÓ-AL

CAMILA PEREIRA LOPES

**PROMOVER A SAÚDE MENTAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CACIMBAS EM LIMOEIRO DE ANADIA – ALAGOAS**

BANCA EXAMINADORA

APROVADO EM _____, ____ de _____ de 2015.

RESUMO

O presente estudo é composto de proposta de intervenção para promover a saúde mental na Unidade de Saúde da Família Cacimbas; Diante da alta demanda da saúde mental e uso elevado de psicotrópicos na comunidade sem seguimento especializado foram priorizadas as intervenções em saúde mental no intuito de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças.

O desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde – forma-se então o grupo operativo “VIVER MELHOR”.

ABSTRACT

This study is composed of intervention proposed to promote mental health in Primary Health Care - Cacimbas; The high demand and increased use of psychotropic drugs in the community without specialized follow-up were prioritized interventions in mental health in order to modify and qualify the conditions and ways of life, guided by the production of life and health and do not restricting for curing diseases.

The development of mental health interventions is built in everyday encounters between professionals and users, in which both create new tools and strategies to share and build together the health care - so it forms the operative group "BETTER LIFE".

Sumário

INTRODUÇÃO.....	6
JUSTIFICATIVA.....	9
OBJETIVO GERAL.....	121
<i>Objetivos Específicos</i>	<i>Error! Bookmark not defined. 1</i>
MÉTODOS.....	132
BASES	
CONCEITUAIS.....	13
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	187
ANEXOS.....	19

1. INTRODUÇÃO

1.1. Reconhecimento do Município, Comunidade e Unidade de Saúde

Limoeiro de Anadia é uma cidade localizada na região central do estado de Alagoas, com cerca de 27000 habitantes, que tem sua predominância demográfica residente na zona rural (Censo demográfico 2010, IBGE). A economia da cidade está fortemente vinculada às atividades agrícolas, pecuária e ao comércio (Ministério do Trabalho e Emprego, 2014). Mantém em suas raízes as tradições religiosas, principalmente referente aos festejos da padroeira Nossa Senhora da Conceição.

Quanto à organização do Sistema de Saúde do município:

1 secretaria de saúde, 1 unidade mista, 18 unidades básicas, 1 CAPS, 1 centro de apoio a Família, 1 unidade hospitalar com atendimento/maternidade baixo risco.

Quanto aos médicos, ver figura 1:

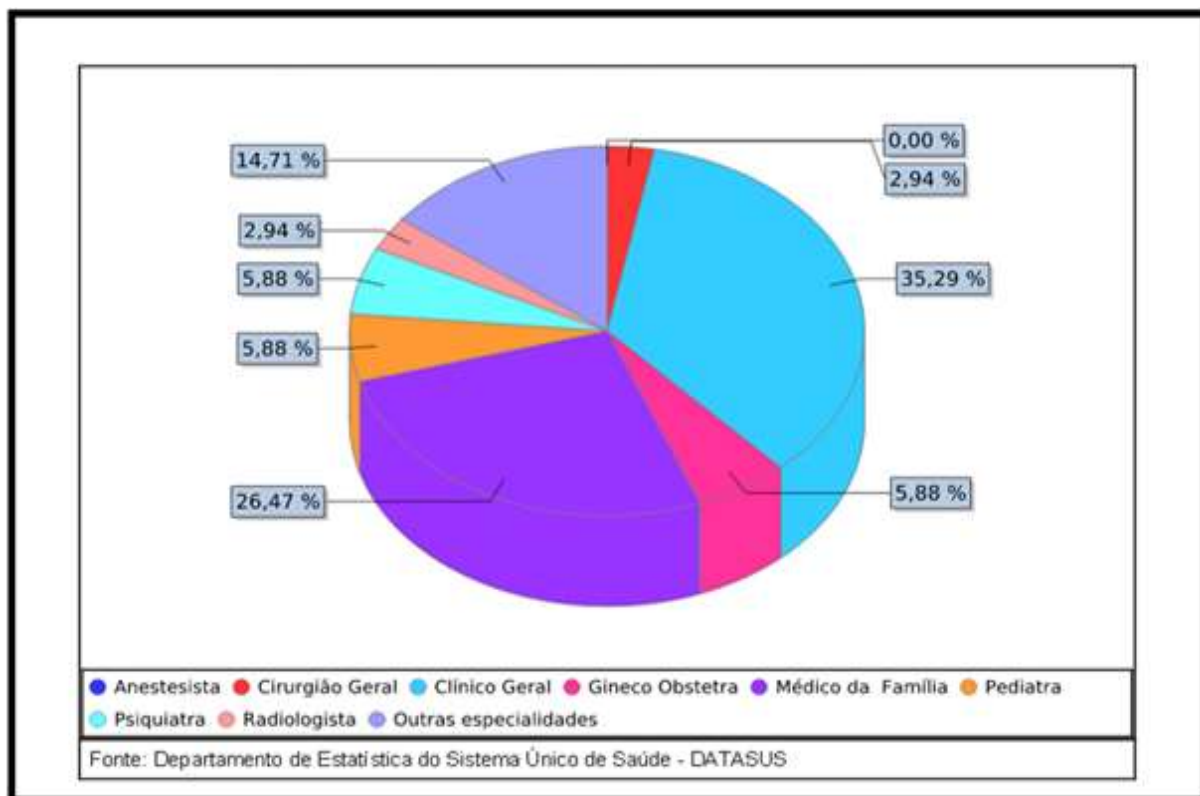


Figura 1 – Distribuição de médicos segundo especialidades no município de Limoeiro de Anadia Alagoas no ano de 2012.

Sobre Unidade de Saúde da Família de Cacimbas

A Unidade de Atenção Básica encontra-se na zona rural do município de Limoeiro de Anadia no estado de Alagoas e apoia outros povoados próximos a Cacimbas, como Varzinha, Olho D'Água do Luiz Carlos, Peri-peri entre outros. Quanto a adscrição de clientela a unidade cobre uma grande área territorial, mas com densidade demográfica pequena. Somos responsáveis por, segundo últimos dados, 685 famílias, o que corresponde aproximadamente a 3000 habitantes. Possuímos em Limoeiros alguns serviços especializados, entretanto é preciso complementar em Arapiraca ou Maceió parte desses serviços (média e alta complexidade).

Na área adscrita há registros de 278 hipertensos e 53 diabéticos em cuidado continuado, além de possuir 376 idosos e 208 crianças menores de 5 anos.

A equipe dispõe de 1 médica, 1 enfermeira, duas técnicas, 9 agentes comunitários ao todo e 1 diretora/gerente;

Atendemos mais de um programa por dia visto que prestamos atendimento em unidades de povoados vizinhos em dias alternados com o atendimento na sede; além disso todos os dias há vagas disponíveis para demanda espontânea, sendo priorizado o acolhimento ao usuário.

Intercalamos os atendimentos de programas como pré-natal, HiperDia e saúde mental, além da demanda espontânea. Contamos com as técnicas na pré-consulta e no auxílio à triagem. A gerente apoia na organização de todo o processo de trabalho da equipe, além de ficar responsável pelas questões burocráticas.

Os agentes estão na linha de frente do trabalho da equipe e identificam não só os casos de urgência como permitem a identificação dos usuários para devido seguimento dos programas.

A equipe se compromete diariamente no aprimoramento dos princípios da Atenção Primária, como: o enfoque familiar, a orientação comunitária, a facilitação da relação considerando o meio cultural, a coordenação do cuidado, a acessibilidade entre outros.

Estamos na zona rural, em comunidades com acesso restrito à área urbana, entretanto, quando solicitado é disponibilizado ambulância para transporte de pacientes às unidades hospitalares.

Alguns problemas são vivenciados diariamente, entre eles: baixo grau de instrução com elevado número de analfabetos, falta de medicações para distribuição para população, uso excessivo de medicamentos psicotrópicos e uso indevido de antibióticos, estrutura de saneamento básico precário e ausência de água encanada em parte da comunidade. Diversos fatores contribuem dificultando a adesão ao tratamento das comorbidades - que prejudica o controle das doenças crônicas.

Sobre as formas de organização do sistema

Assim como no macro, me refiro ao país como um todo, o pequeno município de Limoeiro de Anadia também reflete os três modelos de saúde presentes no país:

Universal Público (SUS);

Privado – dito suplementar, com predomínio das operadoras de saúde (planos/convênios);

Privado – dito particular, com predomínio do desembolso direto;

De fato existe o predomínio do uso do SUS pelos usuários, entretanto é notória a crescente utilização da rede privada, principalmente no que tange a realização de exames complementares.

Como sabemos, a rede é um sistema inteiro que compõe os serviços de saúde - o que inclui a atenção primária (a maestra que é o principal vínculo da comunidade ao serviço, coordenando todo o cuidar); os ambulatoriais especializados e os hospitais de média e alta complexidade; além de todo sistema logístico e de apoio. Trazendo para a realidade de Limoeiro, temos uma atenção primária fortalecida e secundária razoável; entretanto, parte dos serviços de média complexidade e em sua totalidade os de alta complexidade são referenciados para região de Arapiraca ou Maceió – dificultando, em parte, o fluxo da rede.

1.2. Descrição do Problema Selecionado

- Situação-problema: mais de 20% das consultas médicas referem-se ao programa 67 (saúde mental), além das descompensações agudas inclusas no programa 216 (urgências em APS); com alto índice de uso de psicotrópicos pela comunidade.

- Ator social: Equipe de Saúde da Família da Unidade Cacimbas + apoio NASF e CAPS.
- Dados que serão usados para descrevê-los: catalogar quais as medicações mais utilizadas e observar distúrbios psiquiátricos mais frequentes (CID-10).
- Estratégias: criar grupo operacional “VIVER MELHOR”, desenvolver rodas de conversas, desenvolver atividades em grupo (caminhadas, café-da-manhã comunitário, pintura etc.), buscar apoio com a psicologia (NASF), traçar metas terapêuticas em médio e longo prazo (com o apoio do especialista – contra-referência CAPS).
- Finalidade: reduzir descompensações agudas, promover bem-estar e interação social, desenvolver a autonomia desses pacientes e, sempre que possível, reduzir carga de psicotrópicos em uso (auxílio da psiquiatria – CAPS).
- Método de planejamento a ser utilizado: Planejamento Estratégico Situacional

2. JUSTIFICATIVA

Em conformidade com o caderno de atenção básica (CADERNO 35, 2014), a saúde mental não está dissociada da saúde geral e por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica.

Além disso, o Ministério da Saúde do Brasil em 2007 propõe mudança no modelo de abordagem a saúde mental no SUS, reafirmando que são queixas comuns na Atenção Básica tristeza, desânimo, perda do prazer de viver, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade e medo (às vezes na forma de crises); com frequência, quem se queixa de uma delas também se queixa de muitas das outras, ou seja, são queixas que costumam estar associadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Relatório de gestão, 2007). Por outro lado, muitos desses mesmos usuários que relatam os fenômenos acima também apresentam queixas como mudança no sono e apetite, dores (frequentemente crônicas e difusas), cansaço, palpitações, tontura ou mesmo alterações gástricas e intestinais. Sendo assim fica evidente que sofrimento mental é algo bem frequente e com grande impacto na vida de cada paciente.

De fato, as síndromes depressiva, ansiosa e de somatização (as chamadas queixas físicas sem explicação médica) são realidade na prática diária dos profissionais de saúde.

Ao abordar as causas dos transtornos mentais observa-se um grande espectro de fatores – nosso mapa genético, química cerebral, aspectos do nosso estilo de vida. Acontecimentos que nos acometeram no passado e nossas relações com as outras pessoas – participam de alguma forma. Seja qual for a causa, a pessoa que desenvolve o transtorno mental, muitas vezes se sente em sofrimento, desesperançada e incapaz de levar sua vida na sua plenitude.

Há evidências sólidas que o sofrimento mental comum tem um impacto significativo em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde. Seja como fator de risco, seja piorando a aderência ao tratamento, ou ainda piorando o prognóstico, pesquisas que estudaram sintomas depressivos e ansiosos mostraram que esses estão relacionados à doença cardíaca e cerebrovascular e também ao diabetes (DIMENSTEIN, 2005).

Tabela 1 – Associação entre transtorno mental e os agravos de saúde mais prevalentes.

Morbidade	T. Mental é fator de risco	T. Mental piora aderência ao tratamento	T. Mental piora prognóstico
Depressão/ Ansiedade e doença coronariana	4	2	3
Depressão e AVC	3	0	3
Depressão/ Ansiedade e Diabetes	1	3	3
Dependência química e HIV/aids	2	3	3
Alcoolismo e tuberculose	2	3	3
Depressão puerperal e déficit no	3	0	0

desenvolvimento do bebê			
Psicose puerperal e mortalidade infantil	4	ND	ND
<p>Legenda: 4 = associação forte confirmada por metanálise ou revisão sistemática; 3 = associação consistente confirmada por diversos estudos; 2=associação confirmada por 1 estudo; 1= confirmação inconsistente; 0= nenhuma associação confirmada; ND= dados inexistentes.</p>			
<p>Fonte: Adaptado a partir de Prince et al, 2007</p>			

A situação-problema escolhida pela equipe é viável de ser trabalhada na Atenção Primária a Saúde, com boas perspectivas de resultados.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Propor um plano de intervenção para promover a saúde mental na Unidade de Saúde da Família Cacimbas em Limoeiro de Anadia – AL.

3.2. ESPECÍFICOS

- Melhorar o conhecimento da população sobre saúde mental;
- Reduzir o uso de psicotrópicos;
- Uso racional de medicamentos;
- Promover qualidade de vida (estimular a alimentação saudável e a prática de exercícios físicos, além de abordar higienização do sono – hábitos simples que implicam melhoria na qualidade do sono e medida não farmacológica do tratamento da insônia);
- Cobrar da Gestão Municipal um melhor abastecimento de medicações básicas e uma descentralização na distribuição dessas medicações;
- Desenvolvimento de técnicas que facilitem a administração correta dos medicamentos;
- Aumentar o convívio social dos membros da comunidade;
- Desenvolver a autonomia dos pacientes;
- Treinamento/formação dos profissionais que compõem a equipe.

4. MÉTODOS

O presente estudo é composto de proposta de intervenção para promover a saúde mental na Unidade de Saúde da Família Cacimbas em Limoeiro de Anadia – AL. O local de execução e implantação do programa será na Unidade de saúde da Família Cacimbas situada na zona rural de Limoeiro de Anadia –AL.

O método a ser utilizado será a estimativa rápida, onde os dados coletados serão os registros (prontuários + contra-referências), as entrevistas e as rodas de conversa, além da observação ativa da área. Com os dados e as informações vamos aprimorando e adaptando as ações em saúde da UBS.

A realização da revisão bibliográfica foi feita através de pesquisas efetuadas nas ferramentas de busca, Scielo, Pubmed e Lilacs, procurando por artigos que se enquadravam ao tema abordado, sem data de publicação pré-definidas, utilizando os seguintes descritores: saúde mental, atenção básica, planejamento em saúde entre outros. Foram selecionados os artigos de acordo com o conteúdo encontrado em seus resumos, posteriormente foi realizada a leitura e análise do conteúdo sendo utilizados para compor os elementos teóricos do trabalho.

Foi desenvolvido um plano de ação que servirá de base para implantação do projeto de intervenção, este encontra-se disponível para consulta no anexo deste documento.

Etapas:

1º ETAPA: Articulação com a equipe da UBS para definição do plano de intervenção. Nesta etapa, foi possível realizar o diagnóstico situacional da área através do método da Estimativa Rápida, com o estabelecimento dos principais problemas que afetam a comunidade e a eleição de um problema prioritário para realizar a intervenção.

2º ETAPA: Registro dos pacientes que usam psicotrópicos, registro dos psicotrópicos, CID-10, plano terapêutico e data do último seguimento especializado.

3º ETAPA: Articulação com secretaria de saúde, com o NASF e com o CAPS – previamente definidos como atores responsáveis; além da capacitação dos profissionais da equipe.

4º ETAPA: Definição de orçamento e recursos humanos necessários.

5º ETAPA: Início da implantação do projeto.

6º ETAPA: Avaliação contínua do projeto (houve redução no uso de psicotrópicos? Houve redução das descompensações agudas? Etc).

5. BASES CONCEITUAIS

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico.

Abaixo, apresentamos algumas ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica, nos mais diversos dispositivos de cuidado:

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias

formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde; deste modo, é preciso compreender o meio no qual o paciente está inserido para então abordar as disfunções mentais, conforme podemos observar na FIGURA 2.

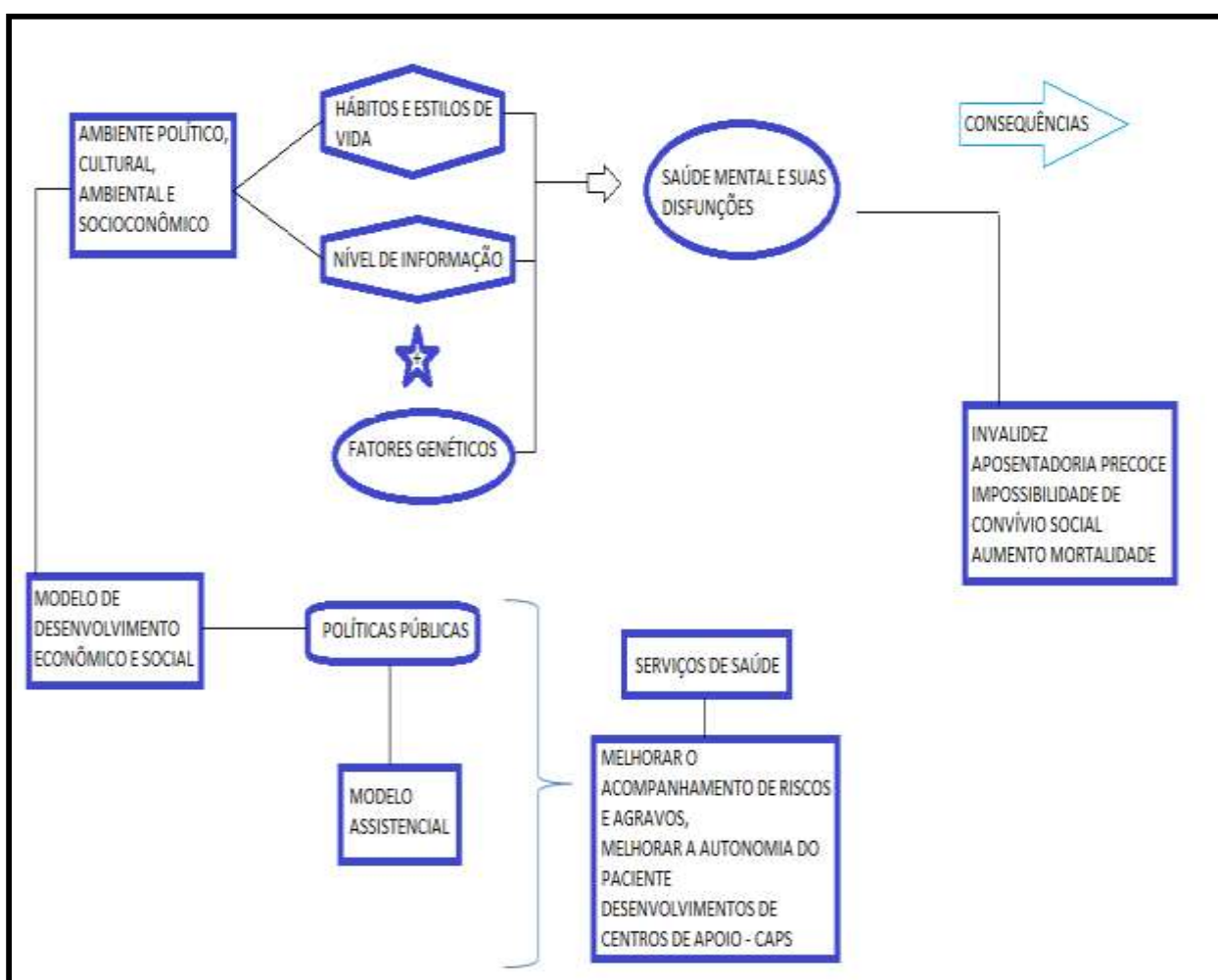


Figura 2 – Saúde mental com suas disfunções e objetivos dos serviços de saúde.

Organizar a atenção à saúde mental em rede é uma prioridade no sentido de se produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade ao portador de transtorno mental. Diariamente, diversas demandas em saúde mental são identificadas pelos profissionais das equipes – são situações que requerem intervenções imediatas na medida em que podem evitar a utilização de recursos assistenciais mais complexos.

7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Tabela 2 – Projetos de intervenção em desenvolvimento na Unidade de Saúde da Família Cacimbas em Limoeiro de Anadia.

PROBLEMA PRIORITÁRIO	NÓ CRÍTICO	PROJETO	RESULTADO ESPERADO
Elevado uso de psicotrópicos sem acompanhamento especializado adequado + alta demanda em saúde mental	Hábitos e estilo de vida	“VIVER MELHOR”	Promover bem estar + redução do uso de sedativos e hipnóticos em 10% nos próximos 12 meses + prevenção comorbidades (ex.: depressão, hipertensão e diabetes)
Baixa interação social – isolamento (zona rural – distância entre as residências)	Baixa interação social - isolamento	“INTEGRA MAIS”	Aumentar o convívio social dos membros da comunidade – desenvolvimento sociocultural

<p>Baixo nível sociocultural, com elevada taxa de analfabetismo – dificultando adesão ao tratamento</p>	<p>Nível de informação + baixo nível sociocultural</p>	<p>“JUNTOS PELO SABER”</p>	<p>População mais informada sobre qualidade de vida e saúde mental + Reduzir abandono escolar + combate ao analfabetismo</p>
--	--	-----------------------------------	--

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise crítica da equipe de saúde foi possível realizar um plano de intervenção com ações voltadas à promoção da saúde mental na comunidade de Cacimbas; estas ações estão inseridas dentro da realidade da comunidade e são viáveis dentro do contexto da Atenção Básica.

Nesta, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Disponível em: cnes.datasus.gov.br

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. M 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

SILVA, E.A.; COSTA, I.I. DA. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização da Atenção Básica. Brasília; 1999

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. Acesso em: 10 maio 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabfAL.def>.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

FARIA, H. P. et al. Processo de trabalho em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., jan./mar, 3(1), 113-125, 2003.

DIMENSTEIN, Magda et al . Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. Mental, Barbacena , v. 3, n. 5, nov. 2005 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso>.

Correia Valmir Rycheta, Barros Sônia, Colvero Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2011 Dec [cited 2015 June 24] ; 45(6): 1501-1506. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

10. ANEXOS

PLANO DE AÇÃO

DESENHO DAS OPERAÇÕES

Tabela 3 – Meios e operacionalização do plano de intervenção

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO / PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Hábitos e estilos de vida	“VIVER MELHOR” (higienização do sono / regularização do ciclo sono-vigília + orientações nutricionais e atividade física)	Promover bem estar + redução do uso de sedativos e hipnóticos em 10% nos próximos 12 meses + prevenção comorbidades (ex.: depressão, hipertensão, diabetes)	Promover qualidade de vida através de: Atividades educacionais (multiprofissionais); Caminhada comunitária Café-da-manha comunitário Roda de conversa	Cognitivo (aperfeiçoamento da equipe/ informação) Organizacionais (local para realizar atividades, mobilização social, panfletos, cartazes, adequação de fluxos, interação com o setor da educação)
Baixa interação social – isolamento	“INTEGRA MAIS” (desenvolvimento de atividades comunitárias)	Aumentar o convívio social dos membros da comunidade	Desenvolvimento sociocultural através de: Grupos etários (Idosos, adolescentes, gestantes etc); eventos sociais (baile, bingo etc); criação de espaço comunitário com acesso a informação (revistas, jornais, livros); criação de academia ao ar livre.	Financeiros (para os recursos audiovisuais) Políticos (articulação intersectorial + estruturação do serviço + financiamento)

			(Além das atividades descritas no “VIVER MELHOR”)
Nível de informação + baixo nível sociocultural	<p>“JUNTOS PELO SABER”</p> <p>Divulgar informações através de recursos audiovisuais nos grupos + ação conjunta com a Educação (escolas)</p>	<p>População mais informada sobre qualidade de vida e saúde mental +</p> <p>Reduzir abandono escolar +</p> <p>combate ao analfabetismo</p>	<p>Aprimoramento do nível de informação através de:</p> <p>Rodas de conversa;</p> <p>Acesso à biblioteca e outros meios de informação;</p> <p>Capacitação dos facilitadores +</p> <p>programa escolar;</p> <p>Atividades educativas nos grupos.</p>
Estrutura deficitária dos serviços de saúde	<p>“TODOS PELA SAÚDE”</p> <p>Estimular a participação social junto ao poder público; atuar junto às lideranças políticas em busca das melhorias da rede.</p>	<p>Garantir acesso aos exames complementares e serviços especializados;</p> <p>melhorar integração entre atenção primária e secundária;</p> <p>garantir medicação necessária; criar protocolo próprio da saúde mental na atenção básica.</p>	<p>Melhoria da rede através de:</p> <p>Capacitação da equipe;</p> <p>Integração atenção primária e secundária;</p> <p>Compensação das comorbidades e redução das complicações;</p> <p>Linha de cuidado para saúde mental.</p>
Processo de trabalho da equipe de saúde	<p>“EQUIPE CUIDAR”</p> <p>(aprimorar o processo de</p>	<p>Ações de saúde mais efetivas;</p> <p>maior resolubilidade</p>	<p>Gestão colegiada;</p> <p>Integração da equipe;</p> <p>Ação conjunta equipe e comunidade;</p>

inadequado	trabalho)	dos problemas enfrentados na comunidade.		
------------	-----------	--	--	--

IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Tabela 4 – Recursos necessários para implantação do plano de intervenção

PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
VIVER MELHOR	Organizacional > equipe multiprofissional e mobilização social Financeiro > aquisição de recursos audiovisuais, panfletos, cartazes etc.
INTEGRA MAIS	Político > local para realização das atividades Organizacional > equipe e mobilização social
JUNTOS PELO SABER	Político > estrutura física + política educacional Financeiro > aquisição de recursos audiovisuais, panfletos, cartazes etc.
TODOS PELA SAÚDE	Político > infraestrutura + meios operacionais Financeiro > custeio dos instrumentos/meios necessários ao fluxo da rede de saúde
EQUIPE CUIDAR	Operacional > equipe multidisciplinar Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiro > recursos necessários para estruturação do serviço

ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO

Tabela 5 – Avaliação da viabilidade de implantação do plano de intervenção

PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		AÇÃO ESTRATÉGICA
		ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	
VIVER MELHOR	Organizacional > equipe multiprofissional e mobilização social Financeiro > aquisição de recursos audiovisuais, panfletos, cartazes etc.	Equipe de saúde da família + NASF Setor de comunicação social Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
INTEGRA MAIS	Político > local para realização das atividades Organizacional > equipe e mobilização social	Secretaria de saúde; Secretaria de Assistência Social; Secretaria de Cultura e Lazer; Lideranças comunitárias.	Favorável (alguns atores podem se apresentar indiferentes)	Apresentação do projeto para obter os apoios necessários
JUNTOS PELO SABER	Político > estrutura física + política educacional Financeiro > aquisição de recursos audiovisuais, panfletos, cartazes etc.	Secretaria de Educação; Secretaria de Saúde; Secretaria de Cultura e lazer; Sociedade civil;	Favorável (embora parte dos atores possam se apresentar indiferentes)	Apresentação do projeto para obter os apoios necessários
TODOS	Político >	Secretaria de	Favorável	Apresentação do

PELA SAÚDE	infraestrutura + meios operacionais Financeiro > custeio dos instrumentos/meios necessários ao fluxo da rede de saúde	Saúde; Secretaria de Obras; Sociedade civil;		projeto para obter os apoios necessários
EQUIPE CUIDAR	Operacional > equipe multidisciplinar Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiro > recursos necessários para estruturação do serviço	Equipe + coordenação da atenção básica do município	Favorável	Não é necessária

ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Tabela 6 – Desenvolvimento estratégico do plano de intervenção

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PROENDEMIAS E EPIDEMIAS ADUTOS	AÇÃO ESTRATÉGICA	RSPONSÁVEL	PRAZO
VIVER MELHOR	Promover bem estar + redução do uso de sedativos e hipnóticos em 10% nos próximos 12 meses + prevenção	Promover qualidade de vida através de: Atividades educacionais (multiprofissionais); Caminhada comunitária	-	Agentes comunitários na mobilização social + nutricionista + educador físico (NASF) + Médico e enfermeiro	Três meses para início das atividades

	comorbidades (ex.: depressão, hipertensão, diabetes)	Café-da-manha comunitário Orientação nutricional Roda de conversa			
INTEGRA MAIS	Aumentar o convívio social dos membros da comunidade	Desenvolvimento sociocultural através de: Grupos etários (Idosos, adolescentes, gestantes etc); eventos sociais (baile, bingo etc); criação de espaço comunitário com acesso a informação (revistas, jornais, livros); criação de academia ao ar livre. (Além das atividades descritas no “VIVER MELHOR”)	Apresentação do projeto para obter os apoios necessários	Lideranças da comunidade + assistente social NASF	Início em quatro meses
JUNTOS PELO SABER	População mais informada sobre qualidade de vida e saúde mental + Reduzir abandono escolar + combate ao analfabetismo	Aprimoramento do nível de informação através de: Rodas de conversa; Acesso à biblioteca e outros meios de informação; Capacitação dos facilitadores + programa escolar;	Apresentação do projeto para obter os apoios necessários	Coordenação atenção Básica + equipe de saúde da família + apoio secretaria de educação	Início em seis meses

		Atividades educativas nos grupos.			
TODOS PELA SAÚDE	Garantir acesso aos exames complementares e serviços especializados; melhorar integração entre atenção primária e secundária; garantir medicação necessária; criar protocolo próprio da saúde mental na atenção básica.	Melhoria da rede através de: Capacitação da equipe; Integração atenção primária e secundária; Compensação das comorbidades e redução das complicações; Linha de cuidado para saúde mental.	Apresentação do projeto para obter os apoios necessários	Secretaria de saúde + secretaria de obras + secretaria de finanças	Início em seis meses (sugerido, uma vez que independente da ação da equipe de atenção básica)
EQUIPE CUIDAR	Ações de saúde mais efetivas; maior resolubilidade dos problemas enfrentados na comunidade.	Gestão colegiada; Integração da equipe; Ação conjunta equipe e comunidade;	-	Membros da equipe + comunidade	Início imediato

GESTÃO DO PLANO

Desenvolvimento de planilha para acompanhamento dos projetos:

Tabela 7 – Avaliação normativa do plano de intervenção

PROJETO	PRODUTOS	RESPONSÁVEIS	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
VIVER MELHOR	Promover qualidade de vida através de: Atividades educacionais (multiprofissionais); Caminhada comunitária Café-da-manha comunitário Roda de conversa	Agentes comunitários na mobilização social + nutricionista + educador físico (NASF) + Médico e enfermeiro	Três meses para início das atividades	Em processo de planejamento e estruturação para posterior implantação	-	Dentro do prazo até o momento
INTEGRA MAIS	Desenvolvimento sociocultural através de: Grupos etários (Idosos, adolescentes, gestantes etc); eventos sociais (baile, bingo etc); criação de espaço comunitário com acesso a informação (revistas, jornais, livros); criação de academia ao ar	Lideranças da comunidade + assistente social NASF	Início em quatro meses	Em processo de planejamento e estruturação para posterior implantação	-	Dentro do prazo até o momento

	livre. (Além das atividades descritas no “VIVER MELHOR”)					
JUNTOS PELO SABER	<p>Aprimoramento do nível de informação através de:</p> <p>Rodas de conversa;</p> <p>Acesso à biblioteca e outros meios de informação;</p> <p>Capacitação dos facilitadores + programa escolar;</p> <p>Atividades educativas nos grupos.</p>	<p>Coordenação atenção Básica + equipe de saúde da família + apoio secretaria de educação</p>	<p>Início em seis meses</p>	<p>Em processo de planejamento e estruturação para posterior implantação</p>	-	<p>Dentro do prazo até o momento</p>
TODOS PELA SAÚDE	<p>Melhoria da rede através de:</p> <p>Capacitação da equipe;</p> <p>Integração atenção primária e secundária;</p> <p>Compensação das comorbidades e redução das complicações;</p> <p>Linha de cuidado para saúde mental.</p>	<p>Secretaria de saúde + secretaria de obras + secretaria de finanças</p>	<p>Início em seis meses (sugerido, uma vez que independente da equipe de atenção básica)</p>	<p>Em processo de planejamento e estruturação para posterior implantação</p>	-	<p>Dentro do prazo até o momento</p>
EQUIPE	Gestão colegiada;	Membros da	Início	Em	-	Dentro

CUIDAR	Integração da equipe; Ação conjunta equipe e comunidade;	equipe + comunidade	imediato	processo de implantação		do prazo
---------------	---	---------------------	----------	-------------------------	--	----------

CRONOGRAMA

Tabela 8 – cronograma

ETAPA	DESCRIÇÃO	PRAZO
1º ETAPA	Diagnóstico situacional (método – estimativa rápida)	Março de 2015 a Maio de 2015
2ª ETAPA	Registro dos pacientes que usam psicotrópicos, registro dos psicotrópicos, CID-10, plano terapêutico e data do último seguimento especializado.	Junho de 2015 a Agosto de 2015
3ª ETAPA	Articulação com secretaria de saúde, com o NASF e com o CAPS – previamente definidos como atores responsáveis; além da capacitação dos profissionais da equipe.	Setembro de 2015

4º ETAPA	Definição de orçamento e recursos humanos necessários.	Outubro de 2015
5º ETAPA	Início da implantação do projeto.	Novembro de 2015
6º ETAPA	Avaliação contínua do projeto (houve redução no uso de psicotrópicos? Houve redução das descompensações agudas? Etc).	Iniciada em janeiro de 2016 e realizada de forma contínua com estatística a cada 6 meses.