

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

Breno Bicalho Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CUIDADO DE USUÁRIOS
COM TRANSTORNO MENTAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE POMPÉIA DO
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte
2021**

Breno Bicalho Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CUIDADO DE USUÁRIOS
COM TRANSTORNO MENTAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE POMPÉIA DO
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof^a Eluana de Araújo Gomes

**Belo Horizonte
2021**



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ao 6º dia do mês de Setembro 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 do aluno **BRENO BICALHO SILVA** intitulado “PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CUIDADO DE USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE POMPÉIA 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 pelos professores: Dra. ELUANA DE ARAUJO GOMES e Dra. ELIANA APARECIDA VILLA. O TCC foi aprovado com a nota 84.

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

Belo Horizonte, 09 de setembro 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 Márcio Magalhães Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 10/09/2021, às 10:57, 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 **0953267** e o código CRC **63DFC744**.

Dedico esse trabalho à Equipe de Saúde da Família Dois da Unidade de Saúde Pompéia pelo exemplo de disposição em ajudar, fazendo sempre o melhor que podem aos usuários assistidos.

Agradeço a Deus, que me inspirou a continuar quando estava desanimado; a minha esposa Paula, que muitas vezes teve que cuidar de nossa casa e família sozinha para que eu pudesse estudar; a meus amigos da Unidade Básica de Saúde Pompéia que me ajudaram a construir o trabalho; aos amigos especiais Wendel e Pablo, que mesmo distantes se mostram presentes; a minha colega Daniela Lomeu que sempre foi um apoio para alguns momentos difíceis no curso; e minha orientadora Eluana pela paciência e dedicação.

“A mente é um lugar em si mesma e pode fazer do inferno um paraíso ou do paraíso um inferno.”

John Milton.

RESUMO

O número de pessoas que possuem algum tipo de transtorno mental tem aumentado muito e já se encontra entre os principais problemas de saúde no Brasil e no mundo. Esses afetam de maneira significativa a qualidade de vida das pessoas. O objetivo desse trabalho foi planejar uma intervenção para melhorar a atenção/acolhimento dos casos de transtorno mental e melhorar a saúde física e mental destes na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Dois, da Unidade de Saúde Pompéia, bairro Pompéia em Belo Horizonte, Minas Gerais. Para isso foi realizado um plano de intervenção para a detecção dos “nós críticos” e a construção de operações para solucionar o problema. O trabalho foi iniciado com a realização do diagnóstico situacional na área de abrangência da equipe de saúde Dois, através do Planejamento Estratégico Situacional, permitindo identificar o problema principal, a baixa qualidade de vida dos usuários com Transtorno Mental Comum, seguido de levantamento bibliográfico sobre o assunto. Foram, com isso, propostas duas ações: a capacitação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família Dois sobre o acolhimento e Transtorno Mental e desenvolver estratégias para o desenvolvimento de hábitos saudáveis com o intuito melhorar a saúde física e mental destes usuários. Concluímos com esse trabalho que esse público necessita ser entendido, ter suas necessidades de saúde sanadas, além de um espaço de cuidado adequado às suas necessidades.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Saúde mental. Transtornos mentais.

ABSTRACT

The number of people who have some type of mental disorder has increased a lot and is already among the main health problems in Brazil and in the world. These significantly affect people's quality of life. The objective of this work was to plan an intervention to improve the care/reception of cases of mental disorder and improve their physical and mental health in the area covered by the Family Health Team Dois, from the Pompéia Health Unit, Pompéia neighborhood in Belo Horizonte, Minas Gerais. For this, an intervention plan was carried out to detect "critical nodes" and to build operations to solve the problem. The work started with the realization of the situational diagnosis in the area covered by the health team Dois, through the Situational Strategic Planning, allowing the identification of the main problem, the low quality of life of users with Common Mental Disorder, followed by a bibliographic survey on the subject matter. Thus, two actions were proposed: the training of professionals from the Family Health Team Two on welcoming and Mental Disorders and developing strategies for the development of healthy habits in order to improve the physical and mental health of these users. We conclude with this work that this public needs to be understood, to have their health needs remedied, in addition to a space for adequate care for their needs.

Keywords: Primary health care. Mental health. Mental disorders.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 2, Unidade Básica de Saúde Pompéia, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais
21

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Baixa qualidade de vida dos usuários com Transtorno Mental Comum”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2, do Centro de Saúde Pompéia, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais
31

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Baixa qualidade de vida usuários com Transtorno Mental Comum” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2, do Centro de Saúde Pompéia, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais
32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACE	Agentes de Controle de Endemias
APS	Atenção Primária à Saúde
CES	Centro de Educação em Saúde
CEM	Centros de Especialidade Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CREAB	Centros de Referência em Reabilitação
CERSAM	Centros de Referência em Saúde Mental
CMDI	Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem
CMO	Centro Municipal de Oftalmologia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
GAERE-L	Gerência de Assistência Epidemiológica e Regulação da Regional Leste
GEDSA	Gerência de Educação em Saúde
GCT	Gestão do Cuidado no Território
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF-AB	Núcleo Ampliado em Saúde da Família e Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Transtorno Mental Comum
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
URS	Unidades de Referência Secundárias

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos Gerais do Município	12
1.2 Sistema Municipal de Saúde	13
1.3 Aspectos da comunidade	15
1.4 A Unidade Básica de Saúde Pompéia	16
1.5 Equipe de Saúde da Família Dois da Unidade Básica de Saúde Pompéia.....	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Dois	18
1.7 O dia a dia da equipe Dois	19
1.8 Estimativa Rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	19
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	21
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral	23
3.2 Objetivos específicos	23
4 METODOLOGIA	24
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	25
5.1 A orientação do cuidado em saúde mental na Atenção Primária Saúde.....	25
5.2 O Transtorno Mental Comum e sua importância.....	26
5.3 O acolhimento	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	29
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	30
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERENCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

A região de Belo Horizonte começou a ser povoada em 1701, pelo bandeirante João Leite Ortiz. Em suas terras, nasceu o arraial de Curral Del-Rei, em 1707, nome que iria perdurar até a fundação da nova cidade. Em 1893 foi promulgada a lei que determinava a mudança da capital Vila Rica (atual Ouro Preto) para Belo Horizonte (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1959). A cidade de Belo Horizonte, de acordo com a Enciclopédia dos Municípios Brasileiros, foi fundada em 12 de dezembro de 1897, pelo Presidente Dr. Crispim Jacques Bias Fortes por meio de grande solenidade na região da Praça da Liberdade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1959). Capital do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tinha uma expectativa de 2.521.564 habitantes para o ano de 2020, sendo o sexto Município mais populoso do Brasil, atrás apenas de São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Salvador e Fortaleza (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). A unidade territorial é equivalente a 331,401 Km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). A densidade demográfica verificada no Censo em 2010 foi de 7.167,00 (hab/km²) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Quanto às questões relacionadas à economia, Belo Horizonte ocupa a 4^a posição no ranking dos municípios brasileiros em termos de produto interno bruto (PIB), com participação de 1,52% no PIB nacional, em 2019, o salário médio mensal era de 3.4 salários mínimos. Sobre rendimentos mensais por pessoa, com média de meio salário mínimo por pessoa, tinha até 2019, 27.8% da população nessas condições, o que impressiona pelo grande volume de pessoas desfavorecidas socioeconomicamente no município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

1.2 Sistema Municipal de Saúde

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2019, Belo Horizonte possuía, no ano de 2019, 6.560 estabelecimentos de saúde. Desses estabelecimentos 152 são Centros de Saúde (BELO HORIZONTE, 2018).

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 de Belo Horizonte, para gestão e planejamento, descreve a organização da cidade. Essa é subdividida em nove áreas administrativas regionais, que são: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Essa estrutura deu origem às nove regionais, elementos fundamentais na territorialização da saúde (BELO HORIZONTE, 2018).

O modelo de atenção em Belo Horizonte tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sistematizado na gestão do cuidado em rede, responsável por atender e resolver a maior parte das demandas de saúde. Com atenção especial as populações de maior vulnerabilidade para uma política de cuidados mais equânime (BELO HORIZONTE, 2018).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) se distribuem pelo território e tem responsabilidades sobre áreas próximas demarcadas, com uma população vinculada. As UBS desenvolvem ações de promoção da saúde, educação em saúde, prevenção de doenças e reabilitação, visando à integralidade do cuidado. A rede de atenção à saúde de Belo Horizonte está organizada de maneira que a atenção primária que é responsável pela menor densidade tecnológica, esteja dispersa no território e os serviços de maior densidade tecnológica estejam concentrados. Mais de 80% do território de Belo Horizonte é coberta pela Estratégia de Saúde Família (ESF) e pelo Núcleo Ampliado em Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). O município possui, nas diferentes regiões da cidade, 588 ESF todas cobertas com 59 equipes multiprofissionais de NASF-AB (BELO HORIZONTE, 2018).

Acerca dos NASF temos que:

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde

pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente. (BRASIL, 2017).

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021, estrutura de saúde do município de Belo Horizonte conta com uma robusta rede de apoio própria e contratada, composta por serviços de caráter secundário e terciário. Essa rede é composta por serviços de transporte de emergência, Unidades de Referência Secundárias (URS), Centros de Especialidade Médicas (CEM), Centros de Referência em Reabilitação (CREAB), Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem (CMDI), Centros de Referência em Infectologia, Apoio Diagnóstico, Centro Municipal de Oftalmologia (CMO), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais, Clínicas próprias e contratadas e assistência farmacêutica (BELO HORIZONTE, 2018).

O mesmo documento indica que importantes pontos da rede de saúde de Belo Horizonte são os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e os Centros de Convivência, estes são serviços de saúde mental que seguem as diretrizes da reforma psiquiátrica antimanicomial. Toda a rede de saúde municipal conta com o apoio do Centro de Educação em Saúde (CES) e a Gerência de Educação em Saúde (GEDSA) que auxilia na educação em saúde de profissionais e usuários, executando e divulgando processos de capacitação para profissionais da rede (BELO HORIZONTE, 2018).

Apesar de toda infraestrutura material, logística e profissional, o Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte tem dificuldades para prestar assistência a um número crescente de usuários e surgimento de novas demandas de saúde, constituindo o desafio complexo descrito no estudo sobre a rede municipal citado abaixo:

Mais de 20 anos após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, apesar de avanços relacionados, sobretudo, à ampliação da oferta de serviços da rede básica de saúde, o acesso aos serviços de saúde ainda constitui um desafio. (VIEGAS; CARMO; DA LUZ, 2015, p. 101).

Com todo esforço para se cumprir com o direito da população de receber saúde “é reconhecida a persistência de diversos tipos de barreiras que interferem na concretização do acesso universal, preconizado como um dos princípios do SUS” (OLIVEIRA et al., 2019, p. 2). O autores colocam ainda que “A análise das barreiras de acesso é fundamental para a compreensão do uso dos serviços de saúde e de suas limitações no país” (OLIVEIRA et al., 2019, p.11).

Vicava et al (2018) citam dentre essas barreiras, a dependência de investimentos, a ampliação da oferta de serviços e profissionais, incorporação de tecnologias, a democratização do acesso a recursos, os interesses de governos nas diferentes esferas administrativas, a disponibilidade de recursos, a mudança da estrutura etária, o desafio de se lidar com o crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) e o cuidado continuado que estas demandam e outras demandas crescentes; portanto constituem um desafio adaptar-se e lidar com todas essas situações (VICAVA et al., 2018).

A demanda é crescente, a construção está em andamento, novas questões de saúde surgem, surgem novas doenças, novas tecnologias, algumas ainda não foram implantadas, outras estão obsoletas, a situação socioeconômica se altera, tudo interfere nesse desafio.

1.3 Aspectos da comunidade

O bairro Pompéia é onde se situa a UBS de referência para os bairros Pompéia, Esplanada e as vilas São Rafael e Nossa Senhora do Rosário. Essas vilas estão presentes dentro desses bairros. Localizados na região leste de Belo Horizonte, pode-se observar que esses bairros conservam uma aparência de cidade do interior, apesar de sua proximidade com o centro da cidade, com mescla de construções modernas e antigas, de maioria simples na arquitetura e geralmente compostas por edificações de poucos andares com pouca presença de edificações verticais e avenidas sem trânsito muito intenso.

A origem desses bairros se deu com o crescimento da cidade, quando foram criados novos loteamentos, e vilas se formaram próximo aos locais de trabalho dos operários na região onde se encontram hoje os bairros Pompéia e Esplanada. O bairro Pompéia, que chegou a se chamar Vila Nossa Senhora do Rosário e Parque Cidade Jardim, teve início com a criação de duas vilas populares. Originou-se da Paróquia chamada Nossa Senhora do Rosário de Pompéia e possuía em seu território diversas pedreiras. O bairro Esplanada por sua vez se derivou de ocupações rurais para um bairro planejado a partir de um loteamento da Fazenda do Freitas (ARREGUY; RIBEIRO, 2008). Recentemente, em ambos os bairros, algumas casas têm dado lugar a edifícios de pequeno porte. Observa-se nas pequenas vilas, São Rafael e Nossa Senhora do Rosário, aglomerados de casas e barracos, com

becos e vielas, notadamente mal planejadas e com presença de população socioeconomicamente desfavorável.

Através do diagnóstico situacional, observou-se na região de abrangência da UBS um comércio composto principalmente por pequenos empresários que atendem a comunidade com produtos alimentícios, serviços diversos e pequenas lojas comerciais. A área tem boa infraestrutura de transporte, escolas, supermercados e creches na região.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Pompéia

De acordo com relatos das enfermeiras mais antigas da Unidade, a UBS Pompéia funcionava em casas alugadas na região até 2007, quando conquistou, a partir do orçamento participativo, o seu próprio edifício. O espaço físico é considerado adequado pela maioria dos profissionais, porém, há um aumento crescente da demanda por parte dos usuários, notada pelos profissionais e estatisticamente confirmada pelos registros no banco de dados da unidade.

Segundo a Gerência de Assistência Epidemiológica e Regulação da Regional Leste (GAERE-L), a população cadastrada da área de abrangência da UBS Pompéia é de 17.730 pessoas e existe um aumento a cada ano da utilização da maioria dos serviços, e em alguns casos, a demanda dobrou em cinco anos. Este contexto aumenta necessidade de profissionais de saúde utilizar ainda mais de tecnologias leves como grupos operativos e de educação em saúde.

A Unidade funciona com três auxiliares administrativos e dois estagiários de nível médio que auxiliam na recepção, um técnico farmacêutico, dois auxiliares de serviços gerais e quatro Equipes de saúde da Família (eSF). As eSF apresentam um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem em cada equipe de eSF. Equipe de odontologia com três cirurgiões dentistas, dois de Equipe de Saúde Bucal (ESB) e um cirurgião dentista de apoio, com um técnico de saúde bucal e três auxiliares de saúde bucal. Uma equipe de apoio é formada por um médico generalista, um enfermeiro e quatro técnicos de enfermagem, dois pediatras, um ginecologista, uma assistente social, uma psicóloga da unidade, um médico acupunturista, equipe de Agentes de Controle de Endemias (ACE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Somado a isso, existe ainda o apoio de uma equipe de Núcleo Ampliado em Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com um

psicólogo, um nutricionista, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo e um educador físico. O médico psiquiatra divide sua carga horária em duas unidades.

A questão do espaço físico disponível tem se tornado um desafio. Situação que ainda tem sido resolvida com alterações na logística de trabalho. Com a ampliação do número de profissionais desde o fim da construção da unidade, os consultórios têm sido compartilhados e se utiliza uma sala multiuso, salões paroquiais e uma área externa central descoberta para a realização de grupos operativos, terapêuticos ou outras atividades coletivas.

1.5 Equipe de Saúde da Família Dois da Unidade Básica de Saúde Pompéia

Na área de abrangência do Centro de Saúde Pompéia funcionam quatro Equipes de Saúde da Família. A área de abrangência da equipe Dois é responsável pelo território de parte do bairro Pompéia que faz divisa com os bairros Saudade, Santa Efigênia e Paraíso, tendo uma população de cerca de 4300 pessoas cadastradas na equipe Dois da UBS Pompéia. O território adscrito é considerado área de baixo risco com alguns pontos de médio risco. Há alguns anos a o local conhecido como “favelinha”, localizado na divisa com o Bairro Saudade, hoje conhecido como “Predinhos da Belém”, considerada área de médio risco, foi urbanizada, porém a região continua a ser um ponto importante do tráfico e consumo de drogas e um problema importante na área.

A Equipe de Saúde da Família Dois é composta por 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Enfermeira relata que a Equipe Dois trabalha com a mesma base profissional há muito tempo, ponto positivo para o conhecimento do território e vínculo com a população, mas enfrenta agora o desafio de motivar a equipe. Epidemias como a de Dengue em 2019 e atual pandemia de Covid-19, dificultam a manutenção do planejamento de atividades para cuidados dos usuários com doenças crônicas.

Com os usuários, a equipe conseguiu estabelecer uma relação pessoal de longa duração eficiente e com um acompanhamento longitudinal adequado. As ações na unidade, conversas descompromissadas, reuniões de eSF e contato com

os Agentes Comunitários de Saúde são alguns exemplos que facilitam essa atenção.

Tem sido realizado um planejamento anual da equipe Dois baseado nas principais demandas da área de abrangência, dos processos de trabalho a serem melhorados e seguindo, também, orientações da gestão local e municipal. Esse planejamento ocorre no fim do ano e entra em curso no ano posterior. Grande parte de desse planejamento ocorre baseado nas avaliações dos trabalhos realizados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e com o programa municipal chamado de Gestão do Cuidado no Território (GCT).

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Dois

A Unidade de saúde Pompéia funciona de segunda a sexta-feira das 7:00 às 19:00 da noite. Ocorreu recentemente a ampliação do horário de atendimento das UBS's de Belo Horizonte, que receberam o acréscimo de uma hora a mais que o antigo horário que se encerrava às 18:00.

A coleta de exames acontece das 7:00 às 8:00, a vacina das 7:30 às 18:30, a farmácia das 7:00 às 18:30, sala de observação de 7:00 às 19:00, agendamento de coleta e entrega de resultados de exames 7:00 às 19:00, agendamento de eletrocardiograma 7:00 às 19:00, agendamento de consulta e exame especializado de 9:00 às 12:00 e 13:00 às 17:00, aferição de dados vitais de 9:00 às 18:30 e curativo 10:00 às 12:00 e 14:00 às 16:00.

Segundo os profissionais de saúde, a implantação do sistema de Manchester e Programa Saúde da Família (PSF), melhoraram muito o primeiro contato. Apesar de ter apresentado melhora com o início do PSF, a valorização da escuta ainda necessita de melhora. De acordo com a enfermeira da Equipe de Saúde da Família (eSF) Dois, o controle de puérperas e recém-nascidos são adequados, exceto em alguns acompanhamentos que se tornam um pouco difíceis e falhos pelo fato das mães deixarem de levar os filhos e perderem as consultas.

A educação permanente acontece em ações e treinamentos no Distrito Sanitário, teleconferências ou quando algum profissional participa de alguma capacitação ou curso e repassa as informações para o restante da equipe.

1.7 O dia a dia da equipe Dois

A equipe tem seu atendimento das 7:00 às 17:00 horas, com a agenda dividida da seguinte maneira: Demanda espontânea de 7:00 às 8:30, Acolhimento e consultas agendadas de 8:30 às 11:00, consultas agendadas: 12:00 às 16:00, reuniões de equipe toda sexta-feira de 13:30 às 15:00, Grupos às quartas-feiras de 14:00 às 15:00 e Visitas Domiciliares acontecem segundas, terças e quintas-feiras.

A eSF Dois têm em seu planejamento ações com temáticas de educação em saúde voltadas para a saúde mental; saúde da mulher; saúde do homem; planejamento familiar; ações para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros; Infecções Sexualmente Transmissíveis, alimentação saudável, palestras em escolas e orientação para a gestante. Além disso a equipe contribui para outras ações gerais solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde ou gerência imediata.

Nota-se a necessidade de melhorar o respeito à realidade das famílias e suas crenças, porém o foco na atenção da grande demanda de casos agudos dificulta o trabalho do dia a dia.

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

Um banco de dados online chamado SISREDE contém um extrator com informações epidemiológicas importantes e pode auxiliar nos processos de tomada de decisão para as ações de planejamento dentro da equipe. Segundo dados do extrator, em 2018 a equipe Dois apresentou como as suas maiores demandas 818 hipertensos, 736 casos de Dengue, 678 pessoas com algum tipo de transtorno mental e 284 diabéticos.

Aos usuários hipertensos são ofertados vários recursos para o cuidado da doença como medicamentos, grupo de controle mensal para a renovação da receita e orientação de cuidados, avaliação e acesso a nutricionista para melhorar hábitos alimentares e programas de atividade física.

As epidemias de Dengue têm tomado um grande espaço na agenda em determinada época do ano. Anualmente as equipes se mobilizam para tentar reduzir a proliferação da doença com campanhas de conscientização, mas a capacidade de

enfrentamento é baixa, esbarram na conscientização da população nos cuidados dentro da residência, empenho da comunidade, clima e saneamento básico.

No que se refere aos usuários com Diabetes Melitos (DM), existem ações como o acompanhamento da eSF, orientações da médica, orientações da nutricionista, orientações da farmacêutica, um grupo para acompanhamento e resposta a dúvidas executado pela nutricionista e oferta de atividade física para auxiliá-los. Apesar desses recursos muitos destes se mostram pouco empenhados ou negligentes no cuidado da doença.

Por último, tem se notado um grande crescimento do número de atendimentos relacionados aos transtornos mentais. A médica da equipe Dois relata que, grande volume desses atendimentos refere-se a casos de pessoas com comportamento ansioso, deprimido, com perturbações do sono e relatos de dores com causa psicossomática. A Equipe Dois também observa um aumento desses casos e relata dificuldades em acolher. Esses casos têm se mostrado um grande problema para a equipe, bem justificado por Fonseca em sua dissertação de mestrado:

Uma população que não era a clientela preferencial nem dos clínicos nem dos psiquiatras. Dos clínicos, porque não tinham doenças orgânicas diretamente vinculadas a seus sintomas somáticos, como dores no corpo, dores de cabeça, insônia, mal-estar. Dos psiquiatras, porque não tinham os distúrbios mais graves e clássicos, como as psicoses e os graves transtornos do humor, cuja semiologia e terapêutica estão mais claramente identificadas em sua formação médica. (FONSECA, 2007, p. 12).

Esses usuários também manifestam irritabilidade frequente, comportamento ansioso e/ou deprimido; o que afeta suas relações sociais, laborais e qualidade de vida.

O transtorno mental comum (TMC), expressão cunhada por Goldberg & Huxley, refere-se à situação de saúde que não preenche critérios formais suficientes para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações do DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edição) e CID-11 (*Classificação Internacional de Doenças - 11ª revisão*), todavia, os sintomas como insônia, fadiga, queixas somáticas, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração, entre outros, provocam uma incapacitação funcional significativa, trazendo prejuízos psicossociais para o indivíduo, bem como alto custo social e econômico (SANTOS et al., 2018, p. 2)

A dificuldade da equipe de saúde de cuidar desses casos tem causado um grande desconforto para a eSF e comprometendo o processo de acolhimento desses usuários. Considerando que sem cuidado, a tendência é a piora da saúde

física em mental desses usuários, com agravamento dos sintomas e um decréscimo ainda maior na qualidade de vida.

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

Os problemas citados no item anterior foram selecionados com base em critérios de: a) importância/urgência; b) capacidade de enfrentamento; e c) seleção/priorização. Para melhor compreensão optou-se por fazer uma classificação da seguinte forma: alta, média e baixa. E uma pontuação máxima distribuída para classificar a urgência entre os problemas com a distribuição de 30 pontos entre os problemas listados.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 2, Unidade Básica de Saúde Pompéia, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Falta de cuidado adequado aos usuários de transtorno mental comum	Alta	10	Total	1º
Grande número de Hipertensos para acompanhar	Média	5	Total	4º
Dificuldade de controlar a glicose de Diabéticos	Alta	8	Parcial	2º
Grande demanda de atendimento em períodos de epidemia de Dengue	Alta	7	Parcial	3º

Fonte: Elaborado pelo autor

*Alta, média ou baixa

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

***Total, parcial ou fora

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com o documento, “Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários”, 60% das pessoas que vão a consultas na atenção básica têm uma perturbação mental diagnosticável, apesar das possibilidades existentes de tratar com sucesso, apenas uma pequena minoria recebe o tratamento mais básico, se não tratadas um preço enorme é cobrado em termos de sofrimento, invalidez e perda económica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde:

Os trabalhadores de Saúde da Atenção Básica (AB) sabem por experiência própria que são muitas as pessoas que buscam ajuda profissional por causa de sofrimento mental, geralmente com queixas de tristeza e/ou ansiedade. Também é frequente que os profissionais da AB identifiquem nos usuários tristeza e/ou ansiedade importantes, ainda que não haja queixa explícita nesse sentido. (BRASIL, 2013a, p. 89).

Através dos comentários dos profissionais de saúde que acolhem os usuários com transtorno mental, nota-se que estes ficam à margem de um possível cuidado, o que pode configurar uma possível piora do quadro, com piora da sua qualidade de vida, com implicações socioeconômicas significativas que podem resultar em faltas no trabalho, piora da situação de saúde, aumento da demanda por atendimento.

Uma vez que os casos não tratados tendem a evoluir cronicamente, faz-se necessário o diagnóstico precoce e correto desses transtornos, a fim de evitar prejuízos físicos e psicológicos aos portadores e ônus ao sistema de saúde (Vidal et al., 2013, p. 2).

Esse trabalho confirma sua importância ao observarmos o grande volume de casos atendidos pela equipe Dois como Transtorno Mental Comum (TCM). No Brasil e no mundo o TMC gera um percentual importante de atendimentos na atenção básica. Nunes (2016) cita altas prevalências de TMC em estudos variando de 30% a 50% em vários países de média e baixa renda, incluindo o Brasil.

A perspectiva de crescimento desses casos na equipe Dois e a capacidade limitada dos especialistas de acompanharem esse crescimento, nos direcionam a planejar uma intervenção para esta questão. O planejamento dessas ações se mostra acertada e justifica sua importância tendo em vista à perspectiva nacional, mundial e a análise da situação no território de abrangência da equipe Dois.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção com o objetivo de melhorar o cuidado dos usuários com Transtorno Mental Comum na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Dois, da Unidade Básica de Saúde Pompéia, no município de Belo Horizonte.

3.2 Objetivos específicos

- a) Melhorar a atenção/acolhimento dado aos casos de Transtorno Mental Comum pela Equipe de Saúde da Família Dois.
- b) Melhorar a saúde física e mental dos usuários com Transtorno Mental Comum da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Dois.

4 METODOLOGIA

Em reunião com a eSF Dois da UBS Pompéia foram levantados os principais problemas por meio de estimativa rápida (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Definido os problemas prioritários a serem enfrentados e realizada a classificação por meio de uma tabela (Quadro 1), realizou-se a identificação dos “nós críticos”, o que permitiu o desenho das operações de enfrentamento.

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescan e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, prefeitura, etc.) e o embasamento bibliográfico em bases de dados em saúde pública como *Scielo*, *Medline* e *Lilacs*. Para a definição das palavras-chave e *keyboards* utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde: Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Transtorno Mentais. Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A orientação do cuidado em saúde mental na Atenção Primária Saúde

Atualmente, a Atenção Básica é um espaço e alicerce importante para o cuidado da pessoa em sofrimento mental, mas nem sempre foi assim.

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2013a, p. 21).

Considerando que as políticas de cuidado com as pessoas em sofrimento mental se encontravam ultrapassadas, necessitando de mudanças, "... na década de 1980, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a (re)inserção de usuários em seus territórios existenciais" (BRASIL, 2013a, p. 21). Após esse período de reorganização do modelo de saúde, a Atenção Básica se torna responsável e um grande apoio às questões ligadas a saúde mental nos territórios em sua área de abrangência.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, a Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada para os usuários do sistema de saúde, onde deve ser coordenada e ordenada as ações e serviços da rede (BRASIL, 2017). Na Atenção Básica, as equipes do PSF são responsáveis por assumir os cuidados sobre os pacientes que são portadores de transtornos mentais de baixa complexidade e onde a necessidade de recursos para o cuidado for menor (MINAS GERAIS, 2007).

No entanto, o cuidado em saúde mental na atenção básica é desafiador, segundo Fortes et al. (2011), nem sempre há na equipe, profissionais com habilidades para avaliar e gerenciar os casos, afirmando a necessidade de treinar as eSF para além de atender, diagnosticar e medicar somente. Como uma das consequências deste cenário, Fonseca (2007), relata a angústia de pessoas sem diagnóstico clínico, que vão do clínico geral ao psiquiatra sem encontrarem um caminho para o cuidado de seu problema. Ao mesmo tempo, Borges, Hegadore e Miasso (2015) indicam que um dos reflexos podem ser os gastos desnecessários com exames e encaminhamentos. Fonseca (2007) acredita que muitos desses

problemas poderiam ser sanados gradativamente, com uma integração efetiva da saúde mental à estratégia de saúde da família.

A qualificação por meio de educação permanente foi citada por Wenceslau e Ortega (2015) como a melhor estratégia para se conseguir êxito no cuidado em saúde mental na atenção básica; acrescentando que os investimentos são comprovadamente custo-efetivos, e as pessoas que precisam desses cuidados poderão acessá-los próximo de suas casas sem comprometer os vínculos familiares, de trabalho e suporte social, podendo ser fontes importantes de recuperação.

5.2 O Transtorno Mental Comum e sua importância

O “Transtorno Mental Comum (TCM) é caracterizado por sintomas depressivos, estados de ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de memória e concentração e queixas somáticas” (GOLDBERG, 1992 *apud* PARREIRA et al., 2017, p. 2). Esse transtorno pode levar o indivíduo a perdas de dias trabalhados, afetar o convívio social e familiar por conta de estados emocionais, manifestar queixas relacionadas ao surgimento de sintomas somáticos e gerar buscas por solução medicamentosa no intuito de sanar os sintomas (SANTOS et al., 2018). Quadros et al. (2018) também afirma que o transtorno em questão pode ter impactos sociais, econômicos e culturais importantes principalmente se persistir ao longo da vida do indivíduo.

O notável aumento da demanda por atendimentos relacionados à TMC na atenção básica é evidenciado em vários estudos. Fortes, Vilano e Lopes (2008) encontraram prevalência de 56% de TMC em pessoas atendidas na atenção básica de Petrópolis. Gomes, Miguel e Miasso (2013) encontraram prevalência de 50% de TMC em pessoas atendidas no PSF de uma cidade no interior paulista. Kaspper e Schermann (2014) verificaram no Centro de Referência de Assistência Social de Canoas, Rio Grande do Sul, prevalência de 52,1% de TCM e Jansen et al. (2011) encontrou prevalência de 24%, em uma amostra de jovens de 18 a 24 anos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Esses resultados afirmam como são elevadas as taxas de prevalência de TMC.

“Vários autores consideram que pacientes com TMC apresentam prejuízos e incapacidades funcionais comparáveis ou mais graves que transtornos crônicos” (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015, p. 2). Os mesmos autores verificaram

que os usuários com TMC relatam pior qualidade de vida em todos os aspectos e procuram a Unidade Básica de Saúde principalmente com constipação, depressão, problemas de audição, palpitação e dor de estômago; somado a isso os mesmos sobrecarregam o sistema de saúde por retornarem com frequência com queixas (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015).

Borges, Hegadoren e Miasso (2015) afirmam que o TMC gera prejuízos socioeconômicos importantes, comparados até mesmo a outros problemas de saúde crônicos, resultando em faltas ao trabalho, problemas familiares e piora da condição de saúde. Batista (2012) alerta para o fato que familiares envolvidos no processo de cuidado de pessoas com problemas psiquiátricos acabam por se tornarem pacientes também.

Apesar de se apresentar como um problema de complexo entendimento por parte dos profissionais, Fortes et al. (2011) afirmam que a rede de apoio social, o grupo de amigos com relação de confiança, ir à igreja, participar de atividades esportivas ou artísticas podem ser protetoras em relação ao desenvolvimento de TMC, o que nos leva a concluir que a solução para cuidado e promoção a saúde pode estar ao alcance dos profissionais de saúde.

5.3 O acolhimento

O acolhimento se caracteriza como um momento importante, onde se inicia o processo de cuidado. A postura de acolhimento, segundo o Caderno de Atenção Básica nº 28, não se reduz a um espaço, a um horário, a processo burocrático ou a um profissional (BRASIL, 2013b). A verdadeira maneira de acolher se mostra eficaz quando:

As equipes de saúde da atenção básica, seus trabalhadores, têm que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono. (BRASIL, 2013b, p. 15).

O acolhimento gera a formação de vínculo e gera um sentimento de tranquilidade para o usuário expressar suas aflições, abre as portas para o cuidado e acompanhamento, e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros

serviços. Essa formação de vínculo e apoio contribui para aumentar possibilidades de cuidado e intervenção, o que pode conduzir a solução do problema. No entanto, há situações em que esse acolhimento sofre dificuldades para sua efetivação. Fonseca (2007) relata que os usuários portadores de TMC tem pouco espaço de acolhida no sistema de saúde por incapacidade dos postos de saúde atenderem todas as demandas da população e pelo fato das expressões de mal-estar não se enquadrarem na nosologia da clínica médica e nem nas classificações psiquiátricas clássicas. É necessário, portanto, nos apegar a necessidade de acolher um público que se encontra a margem do cuidado. Considerando “o acolhimento como ato ou efeito de acolher, expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2010, p. 6), é preciso preparar as eSF para acolher e incluir os portadores de TMC no cuidado, de forma longitudinal.

Levando em conta a demanda de cuidado de TMC e o volume de outras situações de saúde que ocupam a agenda da equipe de saúde da família, Fonseca (2007), sugere que trabalhos em grupo seriam uma das principais medidas para acolher, caminhar na direção de um atendimento mais integral e diminuir a aflição dos profissionais da atenção básica ainda não preparados para lidar com problemas de saúde mental, além de aliviar parte de uma agenda de muitas outras demandas.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao desenvolvimento de soluções para o problema priorizado. Tal plano de intervenção se dará sobre os atendimentos realizados de usuários com Transtorno Mental Comum, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, as operações, projetos, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema prioritário identificado é a importância de melhorar a qualidade de vida dos usuários com Transtorno Mental Comum. A escolha se justifica pelo grande número de queixas e atendimentos relacionados ao tema na UBS Pompéia, o volume de casos semelhantes, a dificuldade da equipe acolher esses casos e a possibilidade de intervenções coletivas.

A equipe Dois se depara constantemente acolhendo usuários com fragilidade emocional, com sintomas somáticos associados, e buscas constantes por atendimento médico e solução por meio de medicamentos. Segundo relato da médica da equipe, esses usuários focam apenas nos sintomas e não na causa. Por fim, acabam por exigir medicação para tratar o sintoma, o que não resolve a causa do problema. Estudos de Fortes, Vilano e Lopes (2008); Gomes, Miguel e Miasso (2013); Kasper e Schermann (2014); e Jansen et al. (2011) evidenciam que esse problema é observado em Unidades Básicas de várias regiões do Brasil e do mundo, confirmando a importância de ações direcionadas a esse grupo de pessoas. Kasper e Schermann (2014) falam sobre a necessidade urgente de inclusão sistemática desse nível de cuidado no planejamento da assistência em saúde mental. Torna-se urgente planejar ações para acolher e cuidar melhor dessa demanda na Atenção Básica e melhorar a qualidade de vida desta população.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Na área de abrangência da equipe Dois muitos profissionais não sabem como acolher, entender o problema e cuidar de forma longitudinal dos usuários com Transtorno Mental Comum. Estes usuários manifestam constantemente queixas de mal-estar físico e mental, perda da sua qualidade de vida e não entendem seu problema e desejam uma solução medicamentosa para ficarem livres do mal-estar.

Tal transtorno gera muitas implicações socioeconômicas importantes. Quadros et al. (2020) afirma que o TMC, quando em jovens adultos, implicam em redução da capacidade produtiva, maiores necessidades de assistência social, aumento da utilização de serviços de saúde, e cuidado informal. Fonseca (2007) relata que há uma procura significativa por consultas médicas de pessoas com situações de origem psíquica e gastos importantes para a saúde pública provocada por essa clientela.

Com as projeções de crescimento de adoecimentos ligados a transtornos mentais feitas pela OMS em seu relatório sobre saúde mental no ano 2001, as políticas de saúde e atenção básica devem voltar seus olhos para elaborar estratégias para melhorar a atenção dada a esses usuários. Fonseca (2007) sugere ampliação multiprofissional das equipes, um número maior de profissionais de saúde mental, e o desenvolvimento de trabalhos de grupo para caminhar na direção de um atendimento mais integral e contribuir para diminuir a aflição dos profissionais da rede básica não habilitados para lidar com esse tipo de demanda.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Nó crítico 1: Dificuldade da equipe em dar a atenção adequada aos usuários com Transtorno Mental Comum.

Nó crítico 2: Ausência de estratégias para melhorar a saúde mental e física dos usuários.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

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

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de cuidado adequado aos usuário com os usuários com Transtorno Mental Comum”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2, do Centro de Saúde Pompéia, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Dificuldade da equipe em dar a atenção adequada aos casos Transtorno Mental Comum
6º passo: operação (operações)	Capacitar os profissionais da eSF Dois sobre o acolhimento e sobre o TMC (o perfil dos usuários, nosologia, e os danos gerados pelo transtorno).
6º passo: projeto	Capacitação sobre o acolhimento em TMC
6º passo: resultados esperados	Aumentar o conhecimento sobre TMC na eSF Dois e melhorar o acolhimento dos casos de TMC.
6º passo: produtos esperados	Palestra/treinamento com os profissionais da eSF Dois sobre TMC e as formas de acolhimento desse público.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Auxílio do educador físico, enfermeiro, psiquiatra e psicólogo na sistematização da capacitação sobre TMC. Político: Apoio da gerência da UBS e disponibilidade da equipe para o encontro.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Auxílio do Psiquiatra e psicólogo na elaboração e condução da capacitação dos profissionais.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Gerente da unidade: motivação favorável. Reservar a agenda dos profissionais para o treinamento. Psiquiatra e Psicólogo: motivação favorável. Conduzir junto ao enfermeiro da equipe e Educador Físico a capacitação. Enfermeira da equipe: motivação favorável. Motivar a participação da equipe e a implementação do projeto.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Educador físico e enfermeira da Equipe 2. Trinta dias para sistematização do processo junto à equipe de saúde mental. Sessenta dias para a execução da palestra de capacitação dos profissionais da equipe.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento da execução e prazos será realizado pelo Educador Físico que, em conjunto com a enfermeira da Equipe 2, farão a avaliação por meio do feedback dos profissionais da equipe.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de cuidado adequado com os usuários com Transtorno Mental Comum” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2, do Centro de Saúde Pompéia, do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Ausência de estratégias para melhorar a saúde física e mental dos usuários
6º passo: operação (operações)	Desenvolver estratégias para desenvolvimento de hábitos visando melhorar a saúde física e mental dos usuários.
6º passo: projeto	Projeto Saúde Emocional
6º passo: resultados esperados	Promover mudanças no estilo de vida que influenciem positivamente a saúde física e mental dos usuários com Transtorno Mental Comum da eSF Dois da UBS Pompéia.
6º passo: produtos esperados	Execução de um grupo operativo com encontros regulares, que visam à construção coletiva de soluções para melhora no estilo de vida por meio de educação em saúde, roda de conversa, incentivo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis, orientação para atividade física e nutrição, somado a técnicas que podem melhorar a saúde emocional.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Auxílio e apoio do psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, educador físico e nutricionista na sistematização dos conteúdos para os encontros. Político: Mobilização da equipe para a divulgação e encaminhamento de usuários.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Auxílio e apoio de profissionais da nutrição, educação física, psicologia e enfermeiro na sistematização e execução do processo.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Gerente da unidade: motivação favorável. Ação estratégica: reservar agenda dos profissionais para a realização do grupo. Psiquiatra e Psicólogo: motivação favorável. Ação estratégica: Dar suporte profissional aos encontros. Enfermeira da equipe: motivação favorável. Ação estratégica: Encaminhar usuários ao grupo operativo.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Educador físico e enfermeira da Equipe. Sessenta dias para sistematização dos encontros do grupo operativo.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento da execução, prazos e data dos encontros será realizada pelo Educador Físico, que em conjunto com a enfermeira da Equipe 2, farão a avaliação por meio do feedback dos participantes do grupo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental vem cada vez ganhando mais importância na saúde pública diante do atual cenário de crescimento de adoecimentos no cenário epidemiológico. Com a variedade e o grande volume de demandas para atendimento no território, cabe à atenção básica mais essa missão. Esse projeto tem como finalidade melhorar a qualidade de vida dos usuários, pelo entendimento dos profissionais a respeito do TMC, tendo como base a Educação em Saúde. Este plano de ação irá preencher uma lacuna importante no cuidado em saúde mental no território, cuidando daqueles que já iniciaram um processo de sofrimento.

O projeto é absolutamente viável para equipe, demanda conhecimento sobre o TMC, sistematização metodológica, mas pouca infraestrutura e apoio de gestão. Para que se possa avançar no cuidado dos usuários com TMC, será necessário o envolvimento dos profissionais da eSF Dois e a sensibilização dos participantes sobre a importância de se reconhecer o transtorno e mudar hábitos que podem agravar o problema.

REFERENCIAS

- ARREGUY, Cintia Aparecida Chagas; RIBEIRO, Raphael Rajão (Coord.). **Histórias de bairros de Belo Horizonte**: Regional Leste. Belo Horizonte: APCBH, 2008.
- BATISTA, Cynthia Mara Felício. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos**: Influência de gênero do cuidador. 2012. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei, MG, 2012.
- BORGES, Tatiana Longo; HEGADORE, Kathleen Mary; MIASSO, Adriana Inocenti. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 195-201. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v38n3/195-201/pt>. Acesso em: 10 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro nacional de estabelecimentos em saúde**. Brasília: Datasus, 2019. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 28 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 25 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; FARIA, Horácio Pereira; SANTOS, Max André. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacaodas_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 10 jun. 2020.
- CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à metodologia**: trabalho de conclusão de curso. Belo Horizonte: Nescon / UFMG, 2018.

FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de C; SANTOS, Max André dos. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

FONSECA, Maria Liana Gesteira. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos**: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4988/2/894.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

FORTES, Sandra et al. Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 150-156, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000200010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/MfPtZ9yQVHWfMpfN5ZGjk/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 mar. 2021.

FORTES, Sandra; VILLANO, Luiz Augusto Brites; LOPES, Claudia S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos nas unidades do Programa Saúde da Família (PSF) de Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000066>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006005000066&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 dez. 2020.

GOMES, Viviane Ferrari; MIGUEL, Tatiana Longo Borges; MIASSO, Adriana Inocenti. Transtornos mentais comuns: perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, nov-dez, p. 1203-1211, 2013. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.2990.2355>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/PJCbzCCDWDYYsz6ncCLTfrr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Área territorial brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>. Acesso em: 17 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Documentação do Censo 2000. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>. Acesso em: 17 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Enciclopédia dos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro: IBGE, 1959. v. 24: Minas Gerais.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>. Acesso em: 29 abr. 2020.

JANSEN, Karen et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de**

Saúde Pública, v. 27, n. 3, p. 440-448, mar. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FC9bFMmLXx7nLP5fY88vrnr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 mai. 2021.

KASPPER, Letícia da Silva; SCHERMANN, Lígia Braun. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. **Aletheia**, Canoas, n. 45, p. 168-176, set./dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n45/n45a13.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental**. 2. ed. Belo Horizonte, 2007.

NUNES, M. A. et al. Transtornos mentais comuns e características sociodemográficas: achados básicos do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 38, n. 2, p. 91-97, 2016. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1714>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/YtCBzHLSGTXQKhFz6zncvdd/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco regiões de saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-13, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ysfcvHtsLzQ7vbnQs5FJbsv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global**. Lisboa, OMS, 2009. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf. Acesso em: 17 ago. 2021.

PARREIRA, Bibiane Dias Miranda et al. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. 1-8, 2017. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016033103225>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DZ4LVBDqHLDJP43hPQqznhv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 mar. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (2018). **Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2020.

QUADROS, Lenice de Castro Muniz de et al. Transtornos mentais comuns e fatores contemporâneos: coorte de nascimentos de 1982. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0162>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Z7gbHWDxJTKK8jpJKnZrMQx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 jun. 2021.

SANTOS, Gustavo de Brito Venâncio dos et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-10, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/B4xZbzc6ZLt5ghtsdXJq9gf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2021.

VICAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 maio. 2021.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 457-464, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/FnkLHMdSfyJmWh5mZL9dXyC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 7 fev. 2021.

VIEGAS, Anna Paula Bise; CARMO, Rose Ferraz; DA LUZ, Rose Profeta. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, jan./mar. 2015. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/J9LSP5w9SXvH5K8W6YFTLfc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2021.

WENCESLAU, Leandro David e ORTEGA, Francisco. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>>. Epub 21 Ago 2015. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>. Acesso: 29 Jun. 2021.