

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DO
CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FABIANA JÚLIA TEIXEIRA MONTEIRO

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:
PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CENTRO DE SAÚDE ANTÔNIO
BARBOSA DE MENEZES DA CIDADE DE BELÉM – ALAGOAS**

**MACEIÓ - ALAGOAS
2022**

FABIANA JÚLIA TEIXEIRA MONTEIRO

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:
PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CENTRO DE SAÚDE ANTÔNIO
BARBOSA DE MENEZES DA CIDADE DE BELÉM – ALAGOAS**

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

Orientador(a): Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

MACEIÓ - ALAGOAS
2022

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

M775c Monteiro, Fabiana Júlia Teixeira.
O cuidado em saúde mental : projeto de intervenção para o Centro de Saúde
Antônio Barbosa de Menezes da cidade de Belém - Alagoas / Fabiana Júlia Teixeira
Montero. – 2022.
54 f. : il.

Orientadora: Maria Cícera dos Santos de Albuquerque.
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 51-54.

1. Saúde mental. 2. Pessoal de saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4.
Assistência integral à saúde. I. Título.

CDU: 614:613.86

Dedico esse trabalho a minha mãe, por todo apoio e incentivo dados durante minha vida. Ao meu pai em memória, por seu amor incondicional. E a minha sobrinha/afilhada, por trazer luz e bençãos a minha vida.

“O segredo da saúde mental e corporal está em não se lamentar pelo passado, não se preocupar com o futuro, nem se adiantar aos problemas, mas viver sábia e seriamente o presente.”

Buda

RESUMO

Os problemas de saúde mental apresentam alta prevalência em escala mundial, sendo uma das principais queixas dos usuários que procuram os serviços da Atenção Básica de Saúde no Brasil. Instituir uma rede de cuidado resolutive para os usuários em sofrimento mental é uma tarefa árdua e implica numa complexa interrelação entre os diferentes níveis de assistência, serviços, estratégias de saúde e fatores psicossociais. Neste contexto, o presente estudo apresenta um projeto de intervenção para melhoria e ampliação do cuidado em saúde mental ofertado aos usuários diagnosticados com transtornos mentais, na comunidade atendida pela Equipe Multiprofissional, no Centro de Saúde Antônio Barbosa de Menezes, da cidade de Belém, interior de Alagoas. O estudo utilizou como metodologia o Planejamento Estratégico Situacional e os dados expostos foram coletados através do SIAB e de reuniões de equipe. O projeto proposto busca sanar os pontos críticos que interferem na qualidade de vida e saúde dos usuários em sofrimento mental, através da implantação de uma rede de cuidado integral e intersetorial, através de instrumentos como: o Projeto Viver Bem+; o Programa Viver e Compartilhar; o Projeto Linha de cuidado: Cuidar Mental e o Projeto Saberes da Mente. As propostas de intervenção apresentadas no presente estudo são exequíveis e auxiliarão não apenas na melhoria dos serviços de saúde do município, promovendo um tratamento dignificante e eficaz, mas também na transformação da qualidade de vida de toda a comunidade, em especial dos usuários em sofrimento mental, que contribuirão ativamente na construção do seu cuidado como protagonistas dele.

Palavras-chave: Saúde Mental; Pessoal de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Mental health problems have a high prevalence worldwide, being one of the main complaints of users who seek Primary Health Care services in Brazil. Establishing a resolute care network for users with mental suffering is an arduous task and implies a complex interrelation between the different levels of care, services, health strategies and psychosocial factors. In this context, the present study presents an intervention project to improve and expand the mental health care offered to users diagnosed with mental disorders, in the community served by the Patient Care Team, at the Antônio Barbosa de Menezes Health Center, in the city of Belém, countryside from Alagoas. The study used the Situational Strategic Planning as methodology; the exposed data were collected through the SIAB and team meetings. The proposed project seeks to remedy the critical points that interfere in the quality of life and health of users with mental suffering, through the implementation of a comprehensive and intersectoral care network, through instruments such as: the Project Live Much Longer; the Live and Share Program; the Care Line Project: Mental Care and the Knowledge of the Mind Project. The intervention proposals presented in the present study are feasible and will help not only to improve the health services of the municipality, promoting a dignified and effective treatment, but also to transform the quality of life of the entire community, especially users in mental suffering, who will actively contribute to the construction of their care as protagonists of it.

Keywords: Mental Health; Health Personnel; Primary Health Care; Comprehensive Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da população do município de Belém, por faixa etária, em 2021	16
Quadro 2 – Caracterização epidemiológica da população residente em Belém, Alagoas	17
Quadro 3 – Composição da Equipe Saúde da Família do Centro de saúde de Belém	20
Quadro 4 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da Comunidade Adscrita à Equipe Multiprofissional, Centro de Saúde de Belém, Alagoas, 2021	23
Quadro 5 – Descrição do Problema: Alta incidência de usuários com problemas de Saúde Mental, Centro de Saúde de Belém, 2021	38
Quadro 6 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta incidência de usuários diagnosticados com problemas mentais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Multiprofissional do Centro de Saúde de Belém, do município de Belém, Alagoas	42
Quadro 7 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta incidência de usuários diagnosticados com problemas mentais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Multiprofissional do Centro de Saúde de Belém, do município de Belém, Alagoas	43
Quadro 8 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alta incidência de usuários diagnosticados com problemas mentais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Multiprofissional do Centro de Saúde de Belém, do município de Belém, Alagoas	44
Quadro 9 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “alta incidência de usuários diagnosticados com problemas mentais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Multiprofissional do Centro de Saúde de Belém, do município de Belém, Alagoas	46
Quadro 10 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “alta incidência de usuários diagnosticados com problemas mentais”, na população sob responsabilidade da Equipe	

de Saúde Multiprofissional do Centro de Saúde de Belém, do município de Belém,
Alagoas

47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Cecos	Centros de Convivência
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
UBS	Unidade Básica de Saúde
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 Aspectos da comunidade	15
1.4 O Centro de Saúde – Antônio Barbosa de Menezes	19
1.5 A Equipe de Saúde da Família I e Multiprofissional do Centro de Saúde – Antônio Barbosa de Menezes	19
1.6 O funcionamento do Centro de Saúde – Antônio Barbosa de Menezes	20
1.7 O dia a dia da Equipe I e da Equipe Multiprofissional	21
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	22
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	22
2 JUSTIFICATIVA	25
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo geral	26
3.2 Objetivos específicos	26
4 METODOLOGIA	27
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	28
5.1 A Saúde Mental no Brasil – um panorama da Reforma Psiquiátrica até a atualidade ...	28
5.2 Cuidado Integral em Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial – com ênfase na Atenção Básica	30
5.3 A Equipe Multiprofissional no fortalecimento da Atenção em Saúde Mental	33
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	37
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	37
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	39
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	41
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Belém é uma cidade com 4284 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2020), localizada na região agreste de Alagoas e distante 115 Km da capital Maceió, contudo pelo Sistema de Informação E-SUS (2021) o município possui 5979 habitantes cadastrados, destes 3793 vivem na zona urbana e 2186 na zona rural. Esta discrepância no quantitativo de habitantes pode ser em decorrência dos anos de coleta de dados entre as fontes. A cidade vem passando por uma transição populacional nos últimos anos, causada em parte pelo êxodo de habitantes para capital ou outros estados brasileiros, em busca de novas oportunidades de crescimento pessoal (educação superior) e profissional, assim como pela falta de maternidade na cidade (IBGE, 2020; E-SUS, 2021).

Localizada no interior do estado, Belém é caracterizada por maior área rural que urbana, a cidade vive basicamente da agricultura (tubérculos e grãos), pecuária de subsistência de bovinos (limitada a uma pequena parcela de latifundiários), comércio local (supermercados e lojas) e dos serviços públicos ofertados (Prefeitura e Escola Estadual); sendo este um dos principais fatores determinantes da situação de vulnerabilidade socio financeira encontrado em parte da população, que depende dos programas de auxílio social para sua subsistência (E-SUS, 2021).

A cidade possui escolas de ensino fundamental e médio, distribuídas na área urbana e rural, contudo, algumas áreas de difícil acesso por sua geografia (Serras) apresentam escolas com turmas mistas; a maioria da população é alfabetizada, mas ainda apresenta níveis de analfabetismo (31,8% em 2017), principalmente o classificado como funcional, pequena parcela da população possui ensino superior (3,5% em 2021) (SESAU, 2017; IBGE, 2020; E-SUS, 2021).

Tratando-se do saneamento básico a área urbana possui um sistema de esgotamento e coleta de lixo, que necessita de melhorias, ao passo que na área rural o saneamento é feito através de “fossas” domiciliares e algumas apresentam esgoto a “céu aberto”; no Guia de Saúde do Município (SESAU, 2017) foi verificado que cerca de 5,6% da população tinha o destino dos dejetos inadequado, caracterizando assim maior risco de adoecimento e vulnerabilidade social na região rural do município.

A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando na administração da cidade há décadas, sem grandes mudanças nas práticas políticas e administrativas estabelecidas. Em termos de eventos culturais, a cidade sempre teve como tradição a festa do padroeiro São Sebastião que ocorre nos dias 11 a 20 de janeiro, bem como a festa de Emancipação Política da cidade em 24 de agosto, com desfile cívico representando a cultura folclórica típica do Nordeste.

Na área da saúde, o município faz parte da 4ª microrregião de saúde de Alagoas, tendo sua assistência à saúde pautada na Atenção Primária, contando com 2 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), atuantes em 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cobrindo 100% da população adscrita (E-SUS, 2021). Um problema recorrente da ESF é a rotatividade de profissionais, pois grande parte dos mesmos são servidores contratados (por tempo determinado) pelo município, além da dificuldade no serviço de transporte dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de atividades nas áreas rurais.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

O município de Belém registra 100% de cobertura da sua população com a ESF por meio da atuação de duas equipes de saúde, numa das quais trabalha com o Programa Mais Médicos (E-SUS, 2021). Dispõe de uma Equipe de Saúde Multiprofissional e de profissionais especialistas (pediatra, ginecologista/obstetra, psiquiatra e otorrino). O município possui uma academia de saúde, ainda em processo de construção, que será voltada à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população (SMSB, 2021).

O modelo de atenção à saúde predominante no município é o organizado em redes de atenção, com ênfase as condições crônicas de saúde, que objetiva ofertar uma assistência contínua e integral a comunidade adscrita (EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, 2021).

O modelo de Atenção às condições crônicas é estruturado em três componentes articulados: a população, os focos de intervenção em saúde e as intervenções de saúde. Busca promover mudanças nas relações entre a comunidade e as redes de atenção à saúde, levando em conta que a população adscrita deve ser proativa nas ações de saúde desde o planejamento até a execução (MENDES, 2012).

O cuidado contínuo e proativo dos usuários que já apresentam quadros clínicos crônicos e as ações preventivas, que objetivam evitar a incidência de quadros agudos, são de

suma importância para eficácia do modelo de atenção ofertado, bem como para a qualidade e resolutividade deste serviço (EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, 2021).

A referência e contrarreferência dos sistemas de serviços de saúde prestados são coordenados pela Secretaria de Saúde Municipal, cuja equipe faz parte do planejamento logístico para acompanhamento dos usuários e entra em contato com as redes de atenção de apoio sempre que necessário (SMSB, 2021).

Belém não dispõe de serviços de urgência e emergência pré-hospitalar utilizando o SAMU 192 e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h de Palmeira dos Índios, para realização desse tipo de atendimento. A assistência hospitalar de referência ao município são a Maternidade Santa Olímpia, em Palmeira dos Índios, O Hospital Regional e A Unidade de Emergência, em Arapiraca e o Hospital Geral do Estado – HGE, em Maceió (SESAU, 2017; SMSB, 2021).

Já a atenção materno-infantil de Belém para o risco habitual é referenciada pelo Hospital Regional Santa Rita, em Palmeira dos Índios, e o alto risco é referenciado para o Hospital Regional, em Arapiraca (SMSB, 2021).

Tratando-se dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, o município tem acordos para prestação de serviços com instituições estaduais (SISREG – Sistema Nacional de regulação) e convênio com algumas instituições privadas (laboratórios das cidades circunvizinhas), mantendo dessa forma a continuidade das ações de saúde. Os sistemas de apoio são fundamentais para a eficiência do serviço prestado, pois sem estes sistemas dificilmente os usuários teriam condições socioeconômicas de realizar grande parte do tratamento (SMSB, 2021).

A Assistência Farmacêutica é realizada no próprio município, com apoio da rede estadual de saúde: Farmex (Farmácia de Medicamentos Excepcionais de Alagoas) e CEAF (Central de Assistência Farmacêutica) (SMSB, 2021).

As informações em Saúde são sistematizadas pelo E-SUS e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), as UBS ainda estão em processo de implantação dos prontuários eletrônicos, sendo usados prontuários de papel que armazenam os dados dos atendimentos clínicos dos usuários (SMSB, 2021).

1.3 Aspectos da comunidade

Belém é uma cidade com cerca de 5979 habitantes, segundo o E-SUS no ano de 2021, localizada no interior do agreste Alagoano. A Equipe Multiprofissional de Saúde do Município, atua em conjunto com as duas equipes eSF existentes, atuando tanto na zona urbana como rural, o que garante a assistência de 100% da população adscrita (E-SUS, 2021).

De acordo com as histórias locais, a comunidade de Belém, foi formada em grande parte por famílias de agropecuaristas, com a criação de gado para abate e agricultura de subsistência. Com o passar dos anos ocorreu a subdivisão da aquisição de terras, com a diminuição da agropecuária e o estabelecimento do serviço público (Prefeitura) como a principal atividade econômica da cidade.

Demograficamente o grupo feminino tem prevalência populacional no município, bem como a maior parte dos cidadãos se encontra na faixa etária entre 20-29 anos, seguida pelo grupo etário de 5-14 anos (E-SUS, 2021). É possível ainda observar um baixo número de crianças menores de 1 ano, refletindo a diminuição da taxa de natalidade do município. Conforme registrado no quadro a seguir:

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da população do município de Belém, por faixa etária, em 2021.

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	41	32	73
1-4	182	182	364
5-14	444	461	905
15-19	244	249	493
20-29	447	491	938
30-39	389	450	839
40-49	376	415	791
50-59	318	332	650
60-69	205	243	448
70-79	147	182	329
≥ 80	61	88	149
TOTAL	2854	3125	5979

Fonte: E-SUS. Data da consulta: 07/05/2021.

A maior parte da população de Belém é de baixa renda (64,9%), sendo grande o número de desempregados e subempregados, assim como o número de pessoas dependentes dos programas de auxílio social como o Bolsa Família (IBGE, 2020).

A estrutura de saneamento básico na zona rural é praticamente inexistente, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário. Parte da população vive em áreas de difícil acesso, em especial nos períodos de chuva. No ano de 2017 o município possuía uma taxa de analfabetismo de 31,8%, sobretudo em maiores de 50 anos, mesmo com baixo nível de evasão escolar (SESAU, 2017).

O município possui 2 creches, 5 escolas de ensino básico e uma escola Estadual de ensino médio, as quais são responsáveis pela educação da maioria da população local. A zona urbana não possui associações comunitárias, mas sim a zona rural, principalmente a composta pela etnia quilombola (E-SUS, 2021).

Tratando-se de religiosidade, os habitantes se dividem entre as igrejas católicas e as protestantes, ambas prestam serviços sociais a parte mais vulnerável da população. A comunidade conserva hábitos e costumes próprios da região nordestina e gosta de comemorar as festas religiosas e datas comemorativas como festa junina, emancipação política e natal.

As principais condições de saúde encontradas na comunidade de Belém refletem uma alta prevalência de doenças crônicas, as quais não são consideradas emergências clínicas, que necessitam de atendimento imediato. Por outro lado, necessitam de controle e cuidados diários que podem repercutir durante toda a vida, além do caráter assintomático e de picos de sintomas que grande parte dessas doenças apresenta (OPAS, 2020).

O Quadro abaixo ilustra a alta prevalência de Hipertensão Arterial (978), esta considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma das principais causas de mortalidade mundial; seguida de pessoas em Sofrimento Mental (300) e Diabéticos (266). Outro dado que merece destaque é a quantidade de fumantes (462) e usuários de álcool (310) encontrados na cidade, o que pode ser relacionado as condições de vulnerabilidade socioeconômica desta.

Quadro 2 – Caracterização epidemiológica da população residente em Belém, Alagoas.

Condição de Saúde	Quantitativo (n°)
Gestantes	60
Hipertensos	978
Diabéticos	266

Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	143
Pessoas que tiveram AVC	73
Pessoas que tiveram infarto	16
Pessoas com doença cardíaca	162
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	118
Pessoas com hanseníase	1
Pessoas com tuberculose	1
Pessoas com câncer	22
Pessoas com sofrimento mental	300
Acamados	32
Fumantes	462
Pessoas que fazem uso de álcool	310
Usuários de drogas	10

Fonte: E-SUS. Data da consulta: 07/05/2021.

A maioria das mortes da população de Belém ocorreu por Acidentes de transporte (13,3%), seguido pelas Doenças hipertensivas (10%), pelo Diabetes (10%) e pelo Infarto agudo do miocárdio (6,7%). A mortalidade infantil vem sendo combatida no município, estando em declínio nos últimos anos (SESAU, 2017; E-SUS, 2021).

Dentre as ocorrências de internações para habitantes de Belém 30%, aproximadamente, têm como causas condições que são sensíveis à oferta de serviços na atenção básica, ou seja, poderiam ser evitadas se as ações de saúde adotadas apresentassem maior efetividade, com destaque para as internações devidas às Gastroenterites infecciosas e complicações (32,31%), seguida pelas Doenças cerebrovasculares (13,85%), pela Insuficiência cardíaca (12,31%) e pelo Diabetes (10,77%) (E-SUS, 2021; SMSB, 2021).

De acordo com relatório técnico realizado pela equipe de saúde, em 2020 o principal motivo de internações foi o agravamento em quadros de SARS-COV19, seguido de problemas cerebrovasculares. Outras condições de saúde que levaram a internações hospitalares foram câncer e doenças hepáticas como cirrose (SMSB, 2021).

Em relação às doenças transmissíveis, vale ressaltar as que acometem maior contingente populacional e que resultam em maiores complicações, tais como: as Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya), a Leishmaniose, a Hanseníase, a Sífilis, a infecção pelo Vírus da

imunodeficiência (HIV)/Aids e Esquistossomose e a tuberculose. Tratando-se de doenças de notificação, cabe destaque os acidentes com animais peçonhentos (escorpião, serpentes e aranhas) e doenças de chagas (sem novos registros no último ano) (SESAU, 2017; E-SUS, 2021).

1.4 O Centro de Saúde de Belém - Antônio Barbosa de Menezes

O Centro de Saúde Antônio Barbosa de Menezes, localizado no centro da cidade de Belém, é de fácil acesso a população da área urbana e grande parte da zona rural, abriga a Equipe de Saúde I e a Equipe Multiprofissional de Saúde, foi reformado há cerca de 8 anos. Seu espaço físico é considerado satisfatório, com distribuição de salas para consultórios que cumprem com o quantitativo de profissionais; exceto a área destinada a recepção, cuja é pequena e abriga ainda os arquivos com os prontuários físicos dos pacientes, o que acarreta maior tempo de permanência no local e tumulto nos horários de pico de atendimentos (manhã).

Dentro do centro de saúde o espaço considerado sala de espera para o atendimento possui cadeiras e bancos em números suficientes para a demanda cotidiana de usuários, com exceção aos dias que ocorre atendimento de especialistas (psiquiatra e a pediatra), nos quais a demanda aumenta de forma significativa. O centro de saúde atualmente está bem equipado, tendo recebido novos equipamentos durante a última administração, deixando a desejar apenas na manutenção dos equipamentos, o que leva a diminuição da vida útil dos mesmos.

1.5 A Equipe de Saúde da Família e Multiprofissional do Centro de Saúde Antônio Barbosa Menezes

No Centro de Saúde de Belém atuam em conjunto a Equipe Saúde da Família, do tipo 2, cuja sua composição está descrita no quadro abaixo, e a Equipe Multiprofissional, que substituiu a equipe ENASF-AB sendo constituída por: 1 Fisioterapeuta, 1 Profissional de Educação Física, 1 Assistente Social e 1 Nutricionista.

Quadro 3 – Composição da Equipe Saúde da Família do Centro de saúde de Belém.

Categoria Profissional	ESF I
Dentista	1
Auxiliar de saúde Bucal	1
Médico	1 (Programa Mais Médicos)
Enfermeiro	1
Técnico de Enfermagem	2
Agente Comunitário de Saúde	11

Fonte: CNES. Data da consulta: 08/05/2021.

O processo de trabalho das equipes é pautado no diagnóstico situacional da comunidade adscrita, bem como segue os indicadores e programas de atenção predefinidos pelo SUS. A coordenação da Atenção Básica do município articula junto as equipes e a gestão as ações de saúde desde o seu planejamento até a execução.

As equipes desenvolvem ações de saúde de forma conjunta e individual, respeitando as necessidades apresentadas pela comunidade e a demanda espontânea. A equipe multiprofissional possui maior responsabilidade na execução do Programa Saúde na Escola (PSE), nas ações de educação e promoção a saúde, além dos atendimentos individuais de cada profissional e nos compartilhados entre as equipes.

Parte das equipes de saúde são compostas por moradores da comunidade o que auxilia no processo de criação de vínculo com os demais usuários. Contudo, a rotatividade de profissionais contratados no município gera certa insegurança na comunidade, o que dificulta o estreitamento de laços. Outro ponto relevante é a cultura da comunidade de não se envolver de forma efetiva em grupos operativos, associações e conselhos locais.

1.6 O Funcionamento do Centro de Saúde Antônio Barbosa de Menezes

O Centro de Saúde funciona das 07:00h às 17:00h, a equipe de recepção/arquivo e de limpeza são os primeiros a chegarem e organizar a unidade para o dia de funcionamento, com entrega de fichas e orientando os usuários sobre os serviços prestados. No decorrer do dia a equipe da ESF seguindo cronograma estabelecido pela própria equipe e aprovado pela

coordenação da atenção básica atua buscando resolver os problemas de saúde recorrentes apresentados pela comunidade, bem como realizando as ações de promoção a saúde pactuadas.

A comunidade já solicitou uma extensão no horário de funcionamento do centro de saúde, incluindo plantões em dias de fim de semana, porém, pelo aporte de profissionais e as condições de saúde municipais, essa solicitação não teve como ser atendida. Apesar disso, o sistema de transporte de saúde fica disponível em regime de plantão durante 24 horas para toda a comunidade, incluindo os usuários da zona rural. E existe uma escala de profissionais de técnicos de enfermagem para a realização dos curativos durante os dias que o centro não está aberto.

1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde Multiprofissional de Belém

A equipe de Saúde Multiprofissional de Belém busca organizar seu atendimento de acordo com as necessidades da comunidade adscrita e com a demanda apresentada pela ESF, programando os atendimentos dos grupos prioritários: gestantes, hipertensos e diabéticos, primeira infância (puericultura), mulheres para controle e busca ativa de câncer de mama e ovário, idosos e acamados. A equipe organiza suas atividades em cronograma mensal e deixa esse documento em local de fácil acesso e visibilidade para os usuários e equipe ESF.

O acolhimento do usuário é responsabilidade de toda a equipe de saúde, sendo realizado de maneira orgânica desde a recepção, contudo o município não possui protocolo de acolhimento em vigor.

Os atendimentos individuais dos profissionais da equipe multiprofissional acontecem através da demanda espontânea e demanda programada em dias agendados, com vagas predeterminadas na agenda da equipe, de forma que não atrapalhe as outras atividades e nem deixe sem resolução os problemas apresentados.

As visitas domiciliares acontecem em dias específicos, podendo ser individual (especializada) ou multiprofissional, de acordo com o caso clínico dos usuários que serão atendidos. Os grupos operativos, atualmente estão suspensos, mas têm como rotina funcionamento mensal ou semanal, a depender do público participante, por exemplo o grupo de Hidroginástica acontecia semanalmente em um clube na zona rural do município ao passo que o grupo de Cuidadores ocorria mensalmente na própria unidade de saúde.

As atividades de educação em saúde são realizadas em sua maioria pela equipe multiprofissional, diariamente, com rodas de conversas em salas de espera, palestras educativas

em ambientes públicos (praças, bancos e escolas). As atividades relacionadas ao PSE estão ocorrendo de forma virtual em detrimento a pandemia, o cronograma destas atividades é desenvolvido em conjunto com membros da Secretaria Municipal de Educação.

A equipe não possui cronograma para atividades de Educação Permanente em Saúde, tendo como um dos motivos principais a falta de comprometimento de integrantes da equipe geral de saúde em participar desses momentos educativos.

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

Através do levantamento de dados acerca das informações de saúde da comunidade adscrita ao Centro de Saúde de Belém, assistida pela Equipe Multiprofissional; e levando em consideração os determinantes psicossociais desta comunidade pode-se realizar o diagnóstico situacional de saúde inicial da mesma, no qual foram identificados como principais problemas que afetam a saúde da população, os descritos a seguir:

- Alto índice de Habitantes portadores de Doenças Crônicas – Hipertensão e Diabetes Mellitus;
- Alta de usuários com problemas de Saúde Mental;
- Vulnerabilidade Socioeconômica;
- Precariedade do Saneamento Básico;
- Alto índice de usuários fumantes e/ou em uso de bebidas alcoólicas;
- Falta de Ações de Saúde efetivas voltadas para os jovens;
- Alta incidência de internações hospitalares por causas evitáveis;

Os problemas de saúde citados são considerados relevantes devido ao seu caráter crônico, ou seja, são problemas de saúde que necessitam de controle e cuidado cotidiano, e caso este cuidado não seja efetivo, pode levar ao agravamento das condições de saúde e refletir na qualidade de vida da população. Da mesma forma, determinantes socioeconômicos e psicossociais que influenciam na resolutividade dos serviços de saúde prestados na comunidade adscrita.

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

Após a identificação dos principais problemas de saúde enfrentados pela população assistida pela Equipe Multiprofissional do Centro de Saúde de Belém, a mesma analisou qual

o nível de importância (alta, média e baixa), urgência (somatório de 30 pontos) e a sua capacidade em atuar no enfrentamento (total, parcial e fora) de cada problema. A priorização dos problemas foi definida mediante os resultados encontrados na aplicação dos critérios, a síntese dos resultados dessa análise se encontra no quadro abaixo:

Quadro 4 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da Comunidade Adscrita à Equipe Multiprofissional, Centro de Saúde de Belém, Alagoas, 2021.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alto índice de Habitantes portadores de Doenças Crônicas	Alta	5	Parcial	2
Alta de usuários com problemas de saúde mental	Alta	6	Parcial	1
Vulnerabilidade Socioeconômica	Alta	3	Fora	6
Precariedade do Saneamento Básico	Alta	3	Fora	7
Alto índice de usuários fumantes e/ou em uso de bebidas alcoólicas	Alta	4	Parcial	3
Falta de Ações de Saúde efetivas voltadas para os jovens	Alta	4	Parcial	5
Alta incidência de internações hospitalares por causas evitáveis	Alta	5	Parcial	4

Fonte: Autoral, 2021.

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

De acordo com os critérios analisados, a equipe selecionou como primeira prioridade o problema de saúde: Alta de usuários com problemas de saúde mental, mediante sua alta importância e máxima urgência na comunidade assistida.

É importante salientar que os demais problemas de saúde identificados, principalmente a incidência de doenças crônicas, já são bem conhecidos pela equipe e possuem planos de ação em andamento para seu enfrentamento, além dessas condições de saúde serem o foco principal

da ABS. Nesse contexto, mesmo a abordagem de estratégias na saúde mental se mostrando mais complexa frente a problemas de saúde mais delineados e em detrimento ao momento atual de pandemia do SARS-COV, há a viabilidade de planejar ações de prevenção e promoção de saúde mental para a comunidade.

2 JUSTIFICATIVA

A relevância deste projeto se alicerça no fato dos problemas de saúde mental estarem em alta prevalência em escala mundial, bem como nas cidades de menor contingente populacional e desenvolvimento como o município de Belém, refletindo na qualidade de vida e saúde das pessoas.

Levando-se em consideração que os problemas de saúde mentais refletem nos serviços de saúde prestados, aumentando a demanda por ações de saúde voltadas ao cuidado integral desses usuários e a capacidade dos profissionais da atenção básica de lidar com o manejo desse público. Destacando ainda que o cuidado em saúde mental não é restrito apenas ao controle de sintomas, a internações hospitalares e a terapia farmacológica, mas abrange um cuidado integral, multidisciplinar e intersetorial.

Este cuidado integral é construído através de uma relação inerente entre a atenção em saúde, os profissionais de saúde, os usuários com suas famílias, e a comunidade em geral, relacionando-se ainda ao contexto socioeconômico, cultural e as particularidades que constituem cada agente envolvido nessa relação. Configurando a integralidade diretriz doutrinária do SUS, que permite uma visão holística dos indivíduos, sendo refletida nas ações de saúde de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação desenvolvidas; não permitindo a redução destes sujeitos as suas doenças e nem aos seus aspectos biológicos e terapêuticos.

Tal cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem sempre prontamente atendida devido a várias dificuldades enfrentadas por todos os envolvidos no cuidado, tais como: escassez de recursos (terapêuticos e pessoais), inadequação e/ou dificuldade de acesso a assistência profissional, violação de direitos dos doentes e estigmatização (CARDOSO; GALERA, 2011).

Mediante a complexidade que envolve o cuidado em saúde dos pacientes diagnosticados com transtornos de saúde mental na Atenção Básica, neste contexto psicossocial apresentado, pela necessidade de uma abordagem integral, multiprofissional e que promova uma maior qualidade de vida e saúde aos usuários, este projeto oferece uma proposta de intervenção para o cuidado em saúde mental dos usuários do Centro de Saúde Antônio Barbosa de Menezes, da cidade de Belém, município do interior de Alagoas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para melhoria e ampliação do cuidado em saúde mental ofertado aos usuários diagnosticados com transtornos mentais, na comunidade atendida pela Equipe Multiprofissional, no Centro de Saúde Antônio Barbosa de Menezes, da cidade de Belém, município do interior de Alagoas.

3.2 Objetivos específicos

Propor a implantação de um Programa para melhoria dos hábitos e estilo de vida inadequados dos usuários diagnosticados com problemas mentais;

Propor a criação de um protocolo de cuidado em saúde mental para garantir o atendimento integral dos usuários;

Propor uma reestruturação nos serviços e no processo de trabalho da equipe de saúde para o atendimento dos usuários com problemas de saúde mental;

Propor a criação de campanhas educativas intersetoriais com a temática saúde mental;

Propor um ciclo de capacitação sobre o cuidado em saúde de usuários em sofrimento psíquico para os profissionais de saúde do município, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção (PI) para melhoria e ampliação do cuidado em saúde mental, ofertado aos usuários diagnosticados com transtornos mentais, na comunidade atendida pela Equipe Multiprofissional, no Centro de Saúde Antônio Barbosa de Menezes, da cidade de Belém, município do interior de Alagoas. Este PI foi elaborado por meio da aplicação do método do Planejamento Estratégico Situacional, por Estimativa rápida, para determinar os problemas prioritários encontrados na referida população, assim como a identificação dos nós críticos e as ações a serem propostas, de acordo com Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

O estudo apresenta dados coletados no município, no período de maio a dezembro de 2021, por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), de reuniões mensais da equipe de saúde multiprofissional e observação em campo, buscando identificar os problemas e potencialidades que influenciam a saúde mental da comunidade adscrita.

Após as reuniões com a equipe multiprofissional, foram coletados os dados referentes aos nós críticos, utilizados para a elaboração do projeto de intervenção, seguindo os passos propostos no Módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde de Campos, Faria e Santos (2018): 1) Definição dos problemas; 2) Priorização de problemas; 3) Descrição do problema; 4) Explicação do problema; 5) Seleção dos nós críticos – identificar as causas que precisam ser enfrentadas; 6) Desenho das operações; 7) Identificação dos recursos críticos; 8) Análise da viabilidade do plano; 9) Elaboração do plano operativo; e 10) Gestão do plano - discutir e definir o processo de acompanhamento.

Após essa etapa supracitada concluída, realizou-se uma revisão bibliográfica para embasamento teórico deste trabalho nas plataformas de dados inseridas no portal regional da biblioteca virtual em saúde – BVS, Google acadêmico, Scielo, no Pubmed, o qual inclui “The Service of the National Library of Medicine and the National Institutes of Health” e na Cochrane Library. Sendo utilizado os seguintes descritores: Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família; Atenção Básica; Transtornos Mentais; Cuidado em Saúde; Qualidade de Vida. 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.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Saúde Mental no Brasil – um panorama da Reforma Psiquiátrica até a atualidade

Durante muitas décadas a saúde mental foi ilustrada na forma de loucura e a medida terapêutica utilizada era o isolamento e reclusão em locais de difícil acesso para as pessoas diagnosticadas com os designados problemas de sanidade, na perspectiva que estas pessoas não tinham condições de conviver em sociedade e ofereciam perigo para a parcela considerada “sã”. Neste contexto, os manicômios foram considerados como o exílio e a salvação oferecida para as demasiadas formas de loucura existentes na época, sendo perpetuados mundialmente até que a sociedade começou a transformar seus paradigmas de saúde e cidadania.

A reforma psiquiátrica no Brasil é um processo contemporâneo, que teve sua eclosão nos anos 70, mesclando parte de sua história com o movimento de reforma sanitária também vigente no país, e destacando-se deste por seu contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar e a mobilização ativa de movimentos sociais em prol da desinstitucionalização. Contudo, a reforma psiquiátrica representa muito mais do que a implementação de novos serviços em saúde mental, mas uma transformação político e social complexa (BRASIL, 2005; NICACIO, 2002 *apud* FURTADO; CAMPOS, 2005).

Segundo Brito e Ventura (2012) o principal objetivo da reforma psiquiátrica era a inclusão da pessoa diagnosticada com transtornos mentais (designado historicamente como louco e incapaz) na sociedade, sem segregação e discriminação, estando albergada por dispositivo constitucional que ordena ações afirmativas do Estado em defesa do paciente, promovendo a garantia dos seus direitos humanos e civis.

A progressão da reforma psiquiátrica foi marcada por impasses, conflitos e desafios, com períodos de intensificação das discussões e criação de novos serviços e períodos de lentificação do processo. Dentre os diversos marcos deste processo, merecem destaque: no ano de 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que começa a construir coletivamente a crítica ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais e a denunciar a rede de violência existente nos manicômios; a realização em 1987 do II Congresso Nacional do MTSM em São Paulo, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”; e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005; FURTADO; CAMPOS, 2005; HIRDES, 2009).

Ainda no ano de 1987, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, foi considerada a primeira demonstração concreta, de repercussão nacional, que transformou a

reforma psiquiátrica em uma realidade possível e exequível. Em 1989, o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, assinala o início das lutas do movimento nos campos legislativo e normativo. Na década de 90, ocorre o surgimento das primeiras normas federais para regulamentação e implantação de serviços assistências como o CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no país e as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005; FURTADO; CAMPOS, 2005; HIRDES, 2009; BRASIL, 2013).

Estes marcos culminam no sancionamento da Lei Federal 10.216, em 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, priorizando os tratamentos ofertados em serviços de base comunitária (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005; BRITO; VENTURA, 2012). Embora, a lei não institua mecanismos relevantes para a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos, a luta por este objetivo é continuada com novas conquistas na saúde mental, e fortalecida através da redução programada dos leitos psiquiátricos e expansão de tratamentos substitutivos (BRASIL, 2005; HIRDES, 2009).

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil ainda se encontra em consolidação, apresentando diferenças regionais importantes na reestruturação dos serviços e nos avanços para a ressocialização das pessoas com sofrimento mental. Segundo Hirdes (2009), a região sul do país foi pioneira nas experiências de desinstitucionalização e na implantação das redes CAPS, ao passo que as regiões norte e nordeste apresentam maiores carências na estruturação dos serviços de saúde e na inserção das ações de saúde mental nos mesmos. Além do impacto das diferenças socioeconômicas característicos entre essas regiões, o que também influencia na vulnerabilidade psicossocial enfrentada e na salvaguarda dos direitos humanos e civis destas pessoas.

Nesse contexto, a reorientação do modelo assistencial em saúde mental encontra-se em constate evolução, desviando o foco do cuidado da sintomatologia para o pleno exercício da cidadania dos indivíduos com transtornos mentais, o que perpassa o cuidado para outras instâncias além da saúde, como cultura, educação, habitação e economia, sendo necessário investimentos políticos, técnicos, financeiros e éticos para a organização das ações e promulgação dos direitos já alcançados por estes indivíduos e seus familiares (BRASIL, 2007; HIRDES, 2009; BRASIL, 2013). O cuidado em saúde mental nesta perspectiva implica na abertura da sociedade para a aceitação de sua própria diversidade, e no aprendizado das diversas maneiras de lidar respeitosamente com ela.

No arcabouço de transformações e melhorias no cuidado em saúde mental, o MS instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria nº 3.088, em 2011. Tal portaria foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, em 2017. A finalidade da RAPS é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso abusivo de drogas (lícitas e ilícitas). Os principais objetivos dessa rede são: facilitar o acesso da população aos serviços de atenção psicossocial; promover a vinculação das pessoas com transtorno mental aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção coexistentes na rede (BRASIL, 2017; CARDOSO, 2018; MORERIRA; BOSI, 2019).

Dentre os equipamentos substitutivos ao antigo modelo manicomial que fazem parte da RAPS estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, entre outros. As UBS também são instrumentos de cuidado em saúde mental, exercendo muitas vezes o papel de interligação entre as redes de assistência, além das demais intervenções executadas no âmbito dos seus territórios de saúde e dos princípios da AB (BRASIL, 2013).

Cabe ressaltar, que a partir de 2016, a saúde mental brasileira enfrenta outro panorama de mudanças, um movimento reconhecido publicamente como o “desmonte da política nacional de saúde mental”. Vários documentos normativos, como portarias, decretos, notas técnicas e resoluções foram lançados pelo Ministério da Saúde, estabelecendo os moldes da “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, caracterizada pelo incentivo à internação psiquiátrica e por seu afastamento da política sobre álcool e outras drogas, tendo grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem mais proibicionista para as questões advindas do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019; CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Tais alterações ameaçam a seguridade do cuidado integral, a ressocialização e os direitos das pessoas em sofrimento mental, indo em contramão ao progresso arduamente alcançado através da reforma psiquiátrica, sendo responsabilidade da sociedade civil em conjunto com os profissionais da saúde e governantes debater de forma democrática e pautada na ciência o modelo assistencial que seja mais eficaz e resolutivo no enfrentamento dos vários desafios da atenção psicossocial no Brasil.

5.2 Cuidado Integral em Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial – com ênfase na Atenção Básica

A Atenção Básica vem consolidando-se como a principal estratégia de organização do sistema público de saúde no Brasil, sendo a porta de entrada para os serviços de saúde e desempenhando um papel resolutivo em diversos problemas de saúde comunitários. O diferencial dessa estratégia se alicerça nas equipes de Saúde da Família e no escopo de suas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, tendo como foco as necessidades de saúde das famílias adscritas ao seu território de saúde (LIMA *et al*, 2013; SILVA *et al.*, 2017).

De acordo com Moreira e Bossi (2019) instituir uma rede de cuidado resolutiva para os usuários em sofrimento mental é uma tarefa árdua e implica numa complexa trama tecida entre os diferentes níveis de assistência, serviços, estratégias de saúde e fatores psicossociais. Rede essa que muitas vezes perpassa a compreensão das equipes de saúde e da sociedade no referente aos quadros de adoecimento mental.

A efetividade dessa rede de atenção se dá mediante os vínculos desenvolvidos com a comunidade adscrita, favorecendo a construção de um cuidado integral que abarca o acolhimento, a escuta qualitativa do usuário, a humanização da assistência prestada, o compartilhamento de vivências e conhecimento, e o respeito pelos sofrimentos e singularidades de vida de cada indivíduo da comunidade, incluindo aqueles em sofrimento mental e seus familiares (OHARA; SAITO, 2010; SILVA *et al.*, 2017).

Nesta perspectiva, a RAPS é pautada no respeito aos direitos das pessoas em sofrimento mental, com ênfase no combate ao estigma e preconceito, alcançado por meio de atenção à saúde de forma humanizada e centrada nas pessoas, o que culmina em variadas formas de cuidados, que são realizadas no âmbito dos territórios de saúde, sempre buscando a inclusão e reinserção social, a reabilitação psicossocial e auxiliando no fortalecimento dos direitos civis destas pessoas (BRASIL, 2017; SARZANA *et al.*, 2021).

Na AB, as intervenções em saúde mental são desenvolvidas nos encontros cotidianos entre os profissionais e usuários, nos quais são identificadas e criadas as ferramentas e estratégias para a construção do cuidado em conjunto, almejando instituir novas formas de produzir vida e saúde que não sejam restritas à cura das doenças e alívio do sofrimento, mas sim a busca da vivacidade positiva em meio aos problemas enfrentados (BRASIL, 2013).

A integralidade do cuidado constitui um dos princípios do SUS e pode ser permeada por vários sentidos, dentre eles a capacidade técnica e resolutiva dos profissionais de saúde, a organização dos serviços e as respostas governamentais nas diferentes esferas de poder aos problemas de saúde enfrentados (MATTOS, 2006). As práticas de cuidado integral para pessoas

em sofrimento mental trabalham na perspectiva do apoio social e suas redes, pressupõe que devam ocorrer em todo e qualquer espaço, sendo expressas através da oferta de tratamento digno e humanizado, vínculo e acolhimento, como formas de abrandar o sofrimento das pessoas, seus familiares e dos grupos sociais (SILVA *et al.*, 2017; MOREIRA; BOSI, 2019).

O modelo de cuidado em RAPS é construído nos territórios de saúde mediante uma atuação transversal com outras políticas específicas, buscando a consolidação do modelo de atenção à saúde mental aberto, consolidado em base comunitária e que promova a autonomia e o protagonismo das pessoas em sofrimento mental, potencializando suas capacidades e auxiliando na superação das suas dificuldades cotidianas, tanto no nível pessoal quanto em relação aos serviços prestados (BRASIL, 2013; SILVA *et al.*, 2017).

A RAPS é constituída por sete componentes, reconhecidos como pontos de atenção: Atenção Básica em Saúde; Atenção psicossocial; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de caráter transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2017). Em relação aos serviços existentes no município estudado, fazem parte da RAPS apenas os serviços da AB e um serviço quinzenal de especialidades médicas (psiquiatra e psicólogo), os demais serviços são ofertados em municípios circunvizinhos, mediante a necessidade de cada usuário e dos acordos estabelecidos entre as gestões locais.

Estudos revelam limitações na atenção ofertada entre as ações da AB e as ações dos CAPS, com destaque para a persistência de fragilidades na articulação das redes de atenção à saúde mental e a atuação fundamentada em um modelo de atenção burocratizado e mecanicamente organizado, com alto índice de encaminhamentos para níveis especializados de atenção. Estas fragilidades evidenciam que a assistência psicossocial realizada pela AB ainda representa um dos desafios da reforma psiquiátrica, resvalando na garantia de acessibilidade dos usuários em sofrimento mental a uma rede de cuidados efetiva e capacitada para a promoção da reinclusão destes na comunidade (RODRIGUES; MOREIRA, 2012; LIMA *et al.*, 2013; SILVA, *et al.*, 2017; MOREIRA; BOSI, 2019).

Quando esses desafios se conectam a realidade de cidades de interior, com redes de cuidado defasadas e de difícil acesso, como o município do presente estudo, a pessoa em sofrimento mental, na maioria das vezes, não recebe um acompanhamento adequado, sendo restrito a medicalização e ao isolamento social, gerando um maior comprometimento do seu estado de saúde e restringindo a construção e fortalecimento de seus laços socioafetivos.

O cuidado integral em saúde mental no âmbito da AB não pode limitar-se a capacitação das equipes de saúde em procedimentos simplificados de psiquiatria e na inserção interna dos usuários em sofrimento mental as UBS, mas requer, essencialmente, uma construção recíproca e com corresponsabilidade de ações de saúde pautadas na teoria clínica na perspectiva ampliada, na singularidade de cada sujeito, no estabelecimento de acordos políticos, matriciamento e em transformações profundas de relações interpessoais e dos determinantes de saúde (sociais, econômicos e culturais) que permeiam o adoecimento (HIRDES, 2009; RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Neste cenário, o Apoio Matricial tem se fortalecido como uma ferramenta fundamental na interlocução da Saúde Mental com a AB, através da mudança na organização e funcionamento dos serviços básicos de saúde, de forma a propiciar a transferência do poder do cuidado especializado, centrado na hegemonia médica e farmacológica, por intermédio da criação de espaços de comunicação ativa, acolhimento e compartilhamento entre profissionais e a comunidade adscrita (BELOTTI; LAVRADOR, 2012 *apud* BRASIL, 2015). Além de estimular a adoção das terapias integrativas e complementares para um cuidado ampliado, buscando diversas formas de promover qualidade de vida e atenção qualitativa aos usuários.

Em suma, o cuidado integral em saúde mental na AB busca constantemente superar as limitações impostas pela visão dualista do homem e a construção de um novo modelo de cuidado dinâmico e complexo, articulado com as RAPS, que não reduza o cuidado ao tratamento de sintomas e a segregação social, mas amplie o escopo de práticas resolutivas e estreite os laços entre a eSF, os usuários em sofrimento mental, seus familiares e a sociedade no qual estão inseridos.

5.3 A Equipe Multiprofissional no fortalecimento da Atenção em Saúde Mental

A equipe multiprofissional na AB emerge a partir do desafio em garantir a integralidade do serviço prestado, constituindo-se como uma estratégia coletiva para minimizar o contemporâneo processo de especialização nas práticas em saúde; através da interdisciplinaridade que produz ações e conhecimentos transdisciplinares na saúde coletiva (SEVERO; SEMINOTI, 2010).

Refletem os processos de trabalho interpessoais e as relações entre áreas de conhecimento distintas, mas convergentes nos seus objetivos: ofertar cuidado e promover a saúde; engendra a ação modulando o saber e o fazer através do compartilhamento de saberes

(técnicos e populares) em prol da coletividade e da aceitação da diversidade intrínseca ao cuidador e ao objeto de cuidado, no caso a pessoa em sofrimento mental.

O modelo de atenção psicossocial propicia a dialógica entre as contradições e a emergência de um indivíduo complexo, concomitante, a equipe multiprofissional promove e atua na reflexão do processo de trabalho e na organização das ações intersetoriais que vão construir o cuidado integral em saúde mental, diferenciado das práticas fragmentadas, descontextualizadas e de baixa resolutividade (SEVERO; SEMINOTI, 2010).

O trabalho pautado pela equipe multiprofissional segue os preceitos da clínica ampliada e pressupõe o uso de dispositivos que facilitem a tomada de decisões acerca da melhor abordagem a ser utilizada na assistência em saúde mental. Dentre estes dispositivos o Projeto Terapêutico Singular (PTS) merece destaque, pois viabiliza a mudança de foco da doença e seus sintomas para o sofrimento e o contexto geral em que este se perpetua, desvelando linhas de cuidado integrativas e interpessoais, fugindo da lógica programática estabelecida pelos protocolos de atendimento (BRASIL, 2013).

O fortalecimento do cuidado em saúde mental através da atuação das equipes multiprofissionais requer que estes profissionais estejam preparados a escutarem ativamente os usuários que adentram as UBSs e reconhecerem que a demanda em saúde mental não está dissociada das outras demandas em saúde, e apresentam um alcance muito mais amplo do que o problema mental diagnosticado. Sendo fundamental, nesta perspectiva, o pensar e agir pautado na integralidade do sujeito e do cuidado, e a instituição de uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os demais serviços disponíveis nas redes de atenção (MOLINER; LOPES, 2013).

A equipe multiprofissional do Centro de Saúde Antônio Barbosa de Menezes, foco do presente projeto de intervenção, sucessora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atuava na saúde mental de forma a promover um cuidado integral, mesmo diante das dificuldades e da complexidade que esse cuidado apresenta. Dentre os equipamentos mais efetivos neste cuidado, destacam-se o acolhimento ao usuário, a escuta terapêutica, o grupo operativo de saúde mental, as visitas domiciliares e o atendimento compartilhado buscando seguir os preceitos do matriciamento.

A presença de equipes multiprofissionais na AB auxilia na gestão do fluxo elevado de demanda de saúde mental, diminuindo a busca excessiva para renovação de receitas controladas, uma vez que o problema apresentado possa ser contornado com outras terapêuticas.

O que contribui para os profissionais da eSF, encontrar espaços na rotina, para a discussão de casos e planejamento de ações pautadas nessa problemática (SARZANA *et al.*, 2021).

A realização de ações cotidianas em saúde mental nos serviços fortalece o vínculo entre a pessoa com transtorno mental e os profissionais, bem como promove a corresponsabilização, a autogestão do cuidado e a diminuição dos estigmas sociais acerca desta temática, tendo o poder de ampliar as condutas de cuidado e interferir positivamente nos campos social, cultural, econômico e ambiental (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; SARZANA *et al.*, 2021).

Cabe ressaltar, que as equipes multiprofissionais devem atuar além do escopo de especialistas, mas sim em conjunto, através do olhar integral e coletivo, e da construção do cuidado com o compartilhamento de saberes, objetivando sempre assegurar a efetividade do serviço prestado em prol da melhoria de vida e saúde dos usuários assistidos. Para êxito nessa missão, demanda-se compromisso por parte de todos os agentes envolvidos no processo de cuidado.

Em agosto de 2021, através da portaria GM/MS Nº 1.880, o MS habilitou Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, que são serviços especializados compostas obrigatoriamente por profissionais de medicina, enfermagem, psiquiatria, assistência social, psicologia, terapia ocupacional, além de técnicos/auxiliares de enfermagem, de acordo com as singularidades epidemiológicas e socioeconômicas dos territórios de saúde. Estas equipes devem atuar no cuidado e atendimento de pessoas que apresentam sofrimentos mentais mais prevalentes e de gravidade moderada, compondo a RAPS (BRASIL, 2021).

A diferenciação entre estas equipes multiprofissionais é perceptível pelo seu local de atuação, enquanto as equipes multiprofissionais anteriormente citadas fortalecem a eSF e trabalham com a comunidade adscrita nas UBS propiciando a criação de vínculos no cuidado; a equipe multiprofissional especializada em saúde mental é erguida como um novo serviço de cuidado segmentado, mas com camuflagem de interdisciplinaridade, que atuará em “novos” espaços físicos com antigos moldes hospitalares e curativos.

A atenção especializada em saúde mental é necessária como parte do cuidado integral desses indivíduos, devendo a mesma ser incorporada à RAPS já existentes como instrumentos para o fortalecimento dos serviços prestados e promovendo a ressocialização, a autonomia e a garantia dos direitos civis das pessoas em sofrimento mental. Neste contexto, vale destacar ainda a importância da educação permanente dos profissionais de saúde na temática discutida

e a necessidade de constante reestruturação e reorganização das ações de saúde para melhor suprir as demandas diagnosticadas.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “**Alta de usuários com problemas de saúde mental**”, para o qual se registra a seguir sua descrição, explicação e a seleção de seus nós críticos, contextualizando com a realidade vivenciada no município e com a abrangência dos transtornos mentais na saúde pública.

6.1 Descrição do problema selecionado

A Atenção Básica é a porta de entrada para as pessoas chegarem até o Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo aquelas em sofrimento mental. Assim, os cuidados em Saúde Mental podem ser considerados estratégicos nesse nível de atenção, priorizando os princípios do SUS e afirmando a importância da relação entre a equipe de saúde e os usuários assistidos por ela (DIAS; ANTONIASSI, 2019).

Cabe reforçar que a saúde mental não está dissociada da saúde geral, sendo necessário reconhecer que as demandas nessa área estão presentes entre as diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde. Nesse contexto, é essencial que os profissionais incorporem e/ou aperfeiçoem competências de cuidado em saúde mental na sua prática cotidiana, de forma que suas intervenções sejam capazes de ponderar a singularidade e a subjetividade do usuário durante o processo de cuidado integral (BRASIL, 2013).

Os transtornos mentais representam um dos principais desafios na agenda de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Estima-se que mundialmente 30% dos adultos atendam a critérios de diagnóstico para qualquer tipo de problema mental (LOPES, 2020). No Brasil estimativas recentes mostraram que a ansiedade e a depressão se tornaram mais prevalentes e correspondem, respectivamente, a quinta e sexta causas de anos de vida vividos com incapacidade, gerando um grande ônus para os serviços de saúde (GBD, 2016 *apud* LOPES, 2020).

De acordo com dados do E-SUS (2021) aproximadamente 6,3% (238 usuários) da comunidade adscrita ao Centro de Saúde Antônio Barbosa de Menezes, da cidade de Belém, foi diagnosticado com algum problema/sofrimento mental, contudo esse percentual pode ser maior, pois 47% da comunidade não quis informar esse dado a equipe de saúde e muitas pessoas se recusam a procurar o centro de saúde para fazer o diagnóstico, seja por motivos culturais (preconceito) ou por negar a presença de sintomas.

No município este é um dos problemas de saúde de maior incidência nos últimos anos, segundo dados internos da equipe de saúde, obtidos pela análise dos prontuários, no início de 2021, observou-se que a faixa etária dos usuários diagnosticados é entre 25 até 56 anos; o nível de escolaridade predominante é o ensino médio completo e a atividade laboral foi variante entre: desemprego; autônomo e servidor público. Cabe ressaltar, que tanto nos prontuários, quanto no sistema informativo do município no E-SUS, poucos são os dados disponíveis acerca dos usuários com transtornos mentais, o que dificulta a caracterização mais aprofundada desse grupo.

Para dimensionar este problema, a equipe fez o levantamento dos dados apresentados no quadro abaixo, relacionados aos usuários que são diagnosticados com problemas de saúde mental. Os dados apresentados refletem uma maior parcela de usuários com transtornos mentais menos graves, que podem se beneficiar de medidas terapêuticas não tradicionais, além do uso de medicamentos controlados; de forma geral, demonstram ainda a necessidade de uma atenção mais efetiva a estes usuários, bem como o planejamento de medidas de promoção para evitar maior adoecimento mental da comunidade assistida.

Quadro 5. Descrição do Problema: Alta incidência de usuários com problemas de Saúde Mental, Centro de Saúde de Belém, 2021.

Descrição	Valores	Fontes
Usuários com transtornos mentais severos e persistentes	10	Registro da Equipe ¹
Usuários com transtornos mentais menos graves	228	Registro da Equipe ¹
Usuários em uso de remédios controlados	230	Registro do Farmacêutico
Usuários que não fazem uso de remédios controlados	8	Registro do Farmacêutico
Usuários que participam de grupos operativos	69	Registro da Equipe ²
Usuários em Acompanhamento Psicológico	132	E-SUS
Usuários em Acompanhamento Psiquiátrico	225	E-SUS
Usuários que abandonaram o tratamento	24	Registro da Equipe ²

Usuários que fazem uso de álcool	123	Registro da Equipe ²
Usuários que são fumantes	107	Registro da Equipe ²

¹ Equipe Multiprofissional

² Levantamento realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde

Fonte: Autoral, 2021.

6.2 Explicação do problema selecionado

A problemática de saúde mental permeia todos os determinantes psicossociais da comunidade de Belém, não sendo um problema apenas de cunho da saúde. A dificuldade em oferecer práticas terapêuticas que englobem esses usuários e lhes permita discernir e reintroduzir novos valores a sua vida é um dos fatores que apontam a ineficácia da assistência em saúde e social prestadas.

A Política Nacional de Saúde Mental, sancionada pela Lei N° 10.216 em 2001, é tida como um dos principais avanços para o cuidado das pessoas portadoras de transtornos mentais, principalmente por regulamentar os direitos ao adequado tratamento desse público, limitar a indicação de internação em instituições psiquiátrica e delegar ao Estado o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental.

O Art. 3º da Política Nacional de Saúde Mental, considera:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (...).

Após a Reforma Psiquiátrica, a atenção aos portadores de transtornos mentais tem como objetivo promover o pleno exercício de sua cidadania além do controle da sintomatologia, o que implica na organização de serviços com a participação ativa dos usuários e através de redes de cuidado intersetoriais, abrangendo diversas políticas públicas como educação, trabalho e cultura; fazendo com que o cuidado com a saúde mental transcenda o SUS (BRASIL, 2013).

No cerne do aumento dos problemas mentais na comunidade, pode-se destacar o impacto do desemprego; a falta de áreas de lazer, entretenimento e atividades culturais ativas - que deixam os usuários ociosos e queixosos projetando assim maiores dificuldades no tratamento e mudança no estilo de vida ou dos pensamentos; os hábitos e estilo de vida inadequados (sedentarismo, hábitos alimentares desregulados, tabagismo e fumo) e o nível de informação (escolaridade e acesso as informações de saúde).

Vários estudos retratam o impacto dos determinantes econômicos e sociais no desenvolvimento e agravamento de problemas de saúde mental, sendo estes complexos e multidirecionais. Dentre estes fatores merecem destaque: emprego; educação; pobreza; habitação; urbanização e/ou isolamento rural (pessoas que moram em comunidades de difícil acesso); discriminação sexual e de gênero; ambiente familiar; cultura e acontecimentos de vida estressantes (ALVES; RODRIGUES, 2010).

A pandemia de SARS-COV também impacta a saúde mental e o bem-estar psicológico de toda a comunidade, em especial dos usuários que já possuem transtornos mentais. Segundo estudo de Schmidt *et al.*, (2020) sintomas de estresse, depressão, fobias e ansiedade têm sido identificados na população geral mediante as incertezas causadas pelo cenário global da pandemia.

A AB carrega possibilidades para o desenvolvimento de dois principais tipos de intervenção em saúde mental: o primeiro tipo compreende identificar as queixas relativas ao sofrimento mental e fornecer uma escuta qualificada deste tipo de problemática; o segundo envolve as várias formas de lidar com os problemas identificados, ofertando tratamento multiprofissional e intersetorial na própria atenção básica ou quando necessário encaminhando os pacientes para serviços especializados de referência (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições de vida, pautando-se na produção de vida e saúde e não se limitando a procura da cura de doenças. Para cumprir tal objetivo é preciso enxergar o usuário em suas múltiplas dimensões, reconhecendo e respeitando seus desejos, valores e escolhas. Na AB essas intervenções precisam ser construídas no trabalho cotidiano, no vínculo entre profissionais e usuários/comunidade, que juntos buscam novas ferramentas para construir o cuidado integral (BRASIL, 2013).

Em relação aos serviços de saúde, uma das maiores dificuldades se encontra no atendimento psicológico, pois o Centro de Saúde de Belém possui apenas uma psicóloga que desde o início da pandemia de SARS-COV está afastada do trabalho por motivos médicos, o que levou a baixa assistência dos pacientes e consequentemente uma involução na terapêutica dos mesmos. Além de culminar na sobrecarga dos atendimentos psiquiátricos que só acontecem quinzenalmente.

O grupo operativo de Saúde Mental também foi descontinuado durante os momentos críticos da pandemia, deixando os usuários sem opções para sociabilizar, o que agravou o problema enfrentado. Foi observado pela equipe que neste período a busca por tratamento

farmacológico, os remédios controlados, foi mais intensa no centro de saúde. A baixa disponibilidade de recursos tecnológicos por parte da equipe de saúde e dos usuários impossibilitou a adesão do atendimento online.

Como o município de Belém não possui Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), os usuários são encaminhados aos serviços de referência em cidades circunvizinhas, o que leva muito deles a desistir dessa parte do tratamento.

Ainda falta nos serviços de saúde de Belém protocolos específicos para acompanhamento dos usuários diagnosticados com transtornos mentais, fortalecimento dos princípios de acolhimento e humanização; e a (re)capacitação da equipe para prestar um cuidado integral que respeite a singularidade desse grupo, além de intervenções educativas e intersetoriais que busquem prevenir problemas de saúde mental na comunidade adscrita.

Outro fator que aumenta a amplitude do problema discutido é a dificuldade de conscientização da autonomia possível de usuários e seus familiares no compartilhamento de responsabilidades do cuidado integral. O que é refletido nos pacientes que abandonam o tratamento ou que se recusam a começar o desmame de medicamentos mesmo com o acompanhamento médico e da equipe multiprofissional.

6.3 Seleção dos nós críticos

Diante do exposto acerca do problema de saúde prioritário – alta incidência de usuários com problemas mentais e seus fatores determinantes, foram selecionadas as seguintes causas, denominadas como “nós críticos”, passíveis de abordagem dentro do escopo de ações da equipe de saúde e no seu espaço de governabilidade no centro de saúde:

- Hábitos e estilo de vida inadequados dos usuários diagnosticados com problemas mentais (sedentarismo, alimentação, uso de fumo e álcool);
- Estrutura dos serviços de saúde (gerais e psicológicos) deficitária;
- Falta de atividades de lazer/ culturais e entretenimento na comunidade;
- Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família e Multiprofissional inadequado para enfrentar o problema;
- Nível e acesso de informação disponíveis de forma insuficiente para a equipe (educação permanente), para os usuários diagnosticados e comunidade em geral.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

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

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta incidência de usuários diagnosticados com problemas mentais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Multiprofissional do Centro de Saúde de Belém, do município de Belém, Alagoas.

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida inadequados dos usuários diagnosticados com problemas mentais (sedentarismo, alimentação, uso abusivo de fumo e álcool)
6º passo: operação (operações)	Modificar hábitos e estilos de vida.
6º passo: projeto	Projeto Viver Bem +
6º passo: resultados esperados	Diminuir em até 15% o número de sedentários, fumantes e consumidores de álcool; Aumentar em até 20% o consumo de alimentos in natura, ambos no prazo de um ano.
6º passo: produtos esperados	Programa de Práticas Corporais orientado; Programa de Apoio ao Abandono dos Vícios (fumo e uso abusivo de álcool); Campanhas Educativas na comunidade; Campanha Meu Prato vêm da Terra (incentivo à produção e consumo de produtos da agricultura local).
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação e articulação. Político: conseguir o espaço para realização dos grupos; mobilização social; articulação intersetorial com a rede de assistência social e agricultura, e aprovação dos projetos. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, equipamentos de ginástica, folhetos educativos etc.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: articulação intersetorial com a rede de assistência social e agricultura e aprovação de todos os projetos.

	Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, equipamentos de ginástica, folhetos educativos etc.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretária Municipal de Saúde (motivação favorável). Secretários Municipais de Assistência Social e Agricultura (motivação favorável). Ações Estratégicas - Reuniões Intersectoriais Quinzenais (dirigentes, equipe de saúde, representantes da assistência social, agricultura e comunidade).
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Nutricionista, Profissional de Educação Física e Assistente Social. Prazo – Três meses para o início das atividades.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Programa de Práticas Corporais orientado: aos três meses - programa implantado; Programa de Apoio ao Abandono dos Vícios (fumo e uso abusivo de álcool): aos três meses – programa implantado e funcionando nas microáreas de saúde da comunidade; Campanhas Educativas na comunidade: aos três meses – campanhas cotidianas no centro de saúde; Campanha Meu Prato vêm da Terra (incentivo à produção e consumo de produtos da agricultura local): aos três meses – aprovação por todas as secretarias, estabelecimento do contato com os agricultores e feirantes locais para divulgação da campanha, definição do plano de implementação da campanha no município.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta incidência de usuários diagnosticados com problemas mentais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Multiprofissional do Centro de Saúde de Belém, do município de Belém, Alagoas.

Nó crítico 2	Estrutura dos serviços de saúde (gerais e psicológicos) deficitárias
6º passo: operação (operações)	Melhorar a estrutura dos serviços e o processo de trabalho para o atendimento dos usuários com problemas de saúde mental.
6º passo: projeto	Projeto Cuidar com Carinho
6º passo: resultados esperados	Oferta de maior aporte de consultas com psicólogos; melhora nos serviços de acolhimento e humanização desses usuários.

6º passo: produtos esperados	Contratação de novos psicólogos e Capacitação dos profissionais
6º passo: recursos necessários	Cognitivos: elaboração do projeto de adequação dos serviços de saúde; Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço e contratar novos profissionais; Financeiros: aumento da oferta de consultas psicológicas.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço e contratar novos profissionais; Financeiros: aumento da oferta de consultas psicológicas.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Prefeita Municipal (motivação favorável); Secretaria de Saúde (motivação favorável) e Coordenadora da Atenção Básica (motivação favorável). Ações Estratégicas - apresentar o projeto de adequação dos serviços de saúde (estrutura do serviço e capacitação profissional).
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Coordenadora da Atenção Básica e Diretora do Centro de Saúde. Prazos - Três meses para apresentação do projeto e seis meses para a sua aprovação. Oito meses para liberação de recursos financeiros. Início em três meses e finalização em oito meses.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Acompanhamento da aprovação do projeto: aos três meses – projeto aprovado e aos 4 meses projeto implantado; contratação de novos psicólogos: aos oito meses – projeção de profissionais contratados e em exercício.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Quadro 8 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alta incidência de usuários diagnosticados com problemas mentais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Multiprofissional do Centro de Saúde de Belém, do município de Belém, Alagoas.

Nó crítico 3	Falta de atividades de lazer/ culturais e entretenimento na comunidade
6º passo: operação (operações)	Melhorar a oferta de atividades de lazer/entretenimento e culturais para os usuários diagnosticados com problemas de saúde mental.
6º passo: projeto	Programa Viver e Compartilhar

6º passo: resultados esperados	Melhorar a qualidade de vida; aumentar a adesão a pratica de atividades grupais; promover atividades que estimulem o humor e diminuam o ócio.
6º passo: produtos esperados	Programa de Atividades Grupais Orientadas (artesanato; horta terapêutica; dança; meditação, entre outros); Campanhas Educativas de Incentivo a pratica de atividades grupais; Programa de Apoio aos familiares e cuidadores dos usuários com problemas de saúde mental.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação e articulação; Político: conseguir o espaço para realização dos grupos; mobilização social; articulação intersetorial com a rede de assistência social e cultura, e aprovação dos projetos; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, equipamentos, folhetos educativos etc.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: conseguir o espaço para realização dos grupos; mobilização social; articulação intersetorial com a rede de assistência social e cultura, e aprovação dos projetos; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, equipamentos, folhetos educativos etc.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretária Municipal de Saúde (motivação favorável). Secretários Municipais de Assistência Social e Cultura (motivação favorável). Ações Estratégicas - Reuniões Intersetoriais Quinzenais (dirigentes, equipe de saúde, representantes da assistência social, cultura e comunidade).
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Nutricionista, Profissional de Educação Física e Assistente Social. Prazo - Três meses para o início das atividades.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Programa de Atividades Grupais Orientadas (artesanato; horta terapêutica; dança; meditação, entre outros) – aos três meses – aprovação do programa por todas as secretarias e aos 5 meses implantação dele; Campanhas Educativas de Incentivo a pratica de atividades grupais - aos três meses – campanhas cotidianas no centro de saúde;

	Programa de Apoio aos familiares e cuidadores dos usuários com problemas de saúde mental – aos três meses – programa implantado na comunidade adscrita.
--	---

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Quadro 9 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “alta incidência de usuários diagnosticados com problemas mentais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Multiprofissional do Centro de Saúde de Belém, do município de Belém, Alagoas.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família e Multiprofissional inadequado para enfrentar o problema
6º passo: operação (operações)	Implantar a linha de cuidado para problemas de saúde mental no Centro de Saúde
6º passo: projeto	Projeto Linha de cuidado: Cuidar Mental
6º passo: resultados esperados	Cobertura de 90% da população diagnosticada com problemas mentais.
6º passo: produtos esperados	Linha de cuidado para saúde mental implantada; Protocolos de acolhimento e humanização para pacientes com sofrimento mental implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado implantada.
6º passo: recursos necessários	Cognitivos: elaboração de projeto da linha de cuidado e dos protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde; adesão dos profissionais e aprovação do projeto pela gestão municipal; Organizacional: adequação de fluxos de serviços.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: articulação entre os setores da saúde; adesão dos profissionais e aprovação do projeto pela gestão municipal.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria de Saúde (motivação favorável). Coordenadora da Atenção Básica (motivação favorável). Representante da Equipe de Saúde (motivação favorável). Ações Estratégicas - Reuniões Mensais com os profissionais de saúde para elaboração da linha de cuidado em saúde mental.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Coordenadora da Atenção Básica; Enfermeira da Estratégia e Equipe Multiprofissional. Prazos - Início em três meses e finalização em um ano.

10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Linha de cuidado para problemas de saúde mental: em um ano - projeto elaborado e aprovado pela gestão municipal; Protocolos de acolhimento e humanização para pacientes com sofrimento mental: aos oito meses -implantados; Recursos humanos capacitados: aos seis meses – programa de capacitação/Educação Permanente elaborado. Aos oito meses - capacitação iniciada; Equipe de Gestão da linha de cuidado implantada: aos 12 meses – representantes escolhidos e atuantes.
--	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Quadro 10 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “alta incidência de usuários diagnosticados com problemas mentais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Multiprofissional do Centro de Saúde de Belém, do município de Belém, Alagoas.

Nó crítico 5	Nível e acesso de informação disponíveis de forma insuficiente para a equipe (educação permanente), para os usuários diagnosticados e comunidade em geral
6º passo: operação (operações)	Aumentar o nível de informação dos usuários (comunidade) e de conhecimento conceitual da equipe sobre os problemas de saúde mentais e os cuidados para prevenção e tratamento destes.
6º passo: projeto	Projeto Saberes da Mente
6º passo: resultados esperados	Usuários mais informados sobre os problemas mentais (sinais, cuidados preventivos e tratamentos disponíveis). Equipe com maior nível de conhecimento teórico e prático para o manejo desses usuários.
6º passo: produtos esperados	Reuniões mensais com equipe, até o estabelecimento do programa de Educação Permanente para os profissionais de saúde no município. Capacitação especial dos Agentes Comunitários de Saúde, de familiares e cuidadores sobre o tema. Nível de informação da comunidade diagnosticado e estratégias para Educação em Saúde definidas. Campanha educativa nas escolas (de forma online durante a pandemia) e nos ambientes de maior rotatividade de pessoas na cidade como feira livres, mercado e bancos.
6º passo: recursos necessários	Cognitivos: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas;

	Organizacionais: organização da agenda das equipes de saúde; Políticos: articulação intersetorial com a secretaria municipal de educação e mobilização social; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, equipamentos, folhetos educativos etc.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacionais: organização da agenda das equipes de saúde; Políticos: articulação intersetorial com a secretaria municipal de educação, com representantes do comércio local e mobilização social; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, equipamentos, folhetos educativos etc.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria Municipal de Saúde (motivação favorável). Coordenadora da Atenção Básica (motivação favorável). Secretaria Municipal de Educação (motivação favorável). Gestão Municipal (motivação favorável). Ações Estratégicas – Reuniões Intersetoriais Quinzenais (equipe de saúde, representantes da educação, comércio local e comunidade).
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeira da Estratégia e Equipe Multiprofissional. Prazos - Início em dois meses e finalização em um ano.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões mensais com equipe, até o estabelecimento do programa de Educação Permanente para os profissionais de saúde no município: aos dois meses equipe capacitada e operando seguindo os novos conhecimentos e protocolos planejados; Capacitação especial dos Agentes Comunitários de Saúde, de familiares e cuidadores sobre o tema: aos três meses – programa de capacitação elaborado; aos seis meses – capacitação realizada; Nível de informação da comunidade diagnosticado e estratégias para Educação em Saúde definidas: aos três meses – nível de conhecimento identificados; aos nove meses – estratégias definidas e sendo implantadas no centro de saúde; Campanha educativa nas escolas (de forma online durante a pandemia) e nos ambientes de maior rotatividade de pessoas na cidade como feira livres, mercado e bancos: aos dois meses – articulação com o setor de educação e elaboração de estratégias educativas realizado; aos três meses – articulação

	e apresentação da campanha para representantes do comércio local e gestão municipal; aos oito meses – campanha implantada no município.
--	---

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento significativo de procura por atendimento no Centro de Saúde Antônio Barbosa de Menezes, no município de Belém, com queixas relacionadas à saúde mental, reflete a necessidade de organização da rede de serviços pautada no cuidado integral. Os determinantes psicossociais e econômicos da comunidade de Belém, previamente discutidos, confluem nos sofrimentos mentais identificados, perpassando esses problemas do cunho da saúde.

Apesar dos avanços e potencialidades das práticas desenvolvidas na AB dirigidas aos indivíduos em sofrimento mental, ainda são muitos os caminhos a serem percorridos para que o cuidado integral seja efetivamente implantado, principalmente no que discerne a ampliação do olhar sobre estes indivíduos como cidadãos conectados a sua comunidade, com direitos de serem acolhidos nos diversos serviços de assistência existentes e capazes de ter autonomia e corresponsabilidade sobre suas escolhas, sejam elas terapêuticas ou de vida.

Neste contexto, o presente estudo propõe um projeto de intervenção para melhoria e ampliação do cuidado em saúde mental, baseado na resolução de cada ponto crítico identificado: o Projeto Viver Bem+ - atuante na mudança gradativa dos hábitos e estilo de vida inadequados; o Projeto Cuidar com Carinho – busca melhorar as partes deficitárias dos serviços de saúde no município; o Programa Viver e Compartilhar – objetiva promover atividades de lazer e culturais na comunidade, promovendo a ressocialização; o Projeto Linha de cuidado: Cuidar Mental – visa implantar a linha de cuidado para problemas de saúde mental no Centro de Saúde estudado e o Projeto Saberes da Mente – almeja aumentar o acesso ao conhecimento sobre saúde mental para todos os envolvidos no processo de cuidado.

Através da dialógica e do respeito mútuo, a integralidade humana e de cuidado para as pessoas em sofrimento mental podem ser promovidos diariamente em nosso meio, depreende-se assim que a complexidade da assistência em saúde não atua como limitante neste cenário, mas sim como parte integrante do processo de melhoria.

Dessa forma, as propostas de intervenção apresentadas no presente estudo são exequíveis e auxiliarão não apenas na melhoria dos serviços de saúde, promovendo um tratamento dignificante e eficaz, mas também na transformação da qualidade de vida de toda a comunidade, em especial dos usuários em sofrimento mental, que contribuirão ativamente na construção do seu cuidado como protagonistas do mesmo.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 127-131, jul./dec. 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902510700031>. Acesso em: 24 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 10.216 de 06 de Abril de 2001**. Sanciona a Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: <http://cgp.tjrj.jus.br/documents>. Acesso em: 25 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Brasília (DF): Ed. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxMQ>. Acesso em 25 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 11 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019**, de 4 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 06 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 06 fev. 2022.

BRITO, E. S.; VENTURA, C. A. A. Evolução dos Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais: uma Análise da Legislação Brasileira. **Revista Disan**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 41-63, jul./out. 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56228/59440>. Acesso em: 14 fev. 2022.

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

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista Escola de Enfermagem-USP**, v. 45, n. 3, p. 687-91, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/QfTCHCJQHLYQBZ7wC8wZ9sK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 08 jun. 2021.

CARDOSO, J. S. **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS/ Paola Trindade Garcia; Regimarina Soares Reis (Org.).** - São Luís: EDUFMA, 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/10279/3/Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial%20-%20RAPS.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: http://cnse2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp. Acesso em: 8 maio. 2021.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista Escola de Enfermagem – USP**, v. 45, n. 6, p. 1501-6, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VsL4yTBPR7nSd9wF7MP5Tpj/?lang=pt>. Acesso: 07 fev. 2022.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2022.

DIAS, A. A.; ANTONIASSI, C. P. Projeto de Intervenção para capacitação das equipes de Atenção Primária à Saúde para acolhimento de pacientes em sofrimento mental no município de Nova Esperança. **Revista de Saúde pública do Paraná**. v. 2, p. 113-124, 2019. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/248>. Acesso em: 24 maio. 2021.

E-SUS. **Atenção Primária à Saúde – Relatório de Cadastro Individual: Município de Belém**. Maio de 2021.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. **Relatório de Organização dos Serviços de Saúde da equipe e territorialização de Belém**. 2021.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latino Americana de Psicopatologia**

Fundamenta, v. 3, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/8mWCSrCLYjBYRSxP7VsGj3n/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2022.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxK9HXvL39Nf/?lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2022.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Dados Populacionais, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 6 maio. 2021.

LIMA, A. I. O. *et al.* O Desafio da Construção do Cuidado Integral em Saúde Mental no Âmbito da Atenção Primária. **Temas psicol.** v. 21, n. 1, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n1/v21n1a05.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2022.

LOPES, C. S. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. **Caderno Saúde Pública**, v. 36, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00005020>. Acesso em: 27 maio. 2021.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, p. 39-64. Rio de Janeiro, RJ: Abrasco, 2006. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2022.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. **Brasília: Organização Pan-Americana de saúde**, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 24 maio. 2021.

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013. Disponível em: [scielo.br/j/sausoc/a/DxBCnNWKL5ZW6PrLV7JtFZF/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DxBCnNWKL5ZW6PrLV7JtFZF/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 09 fev. 2022.

MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290205>. Acesso: 10 fev. 2022.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 1º ed. São Paulo, SP: Editora Martinari. 2014.

OPAS. **Organização Pan-Americana de Saúde**. Reportagem com compilado de informações de reunião de Genebra, 9 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/9-12-2020>. Acesso em: 6 maio. 2021.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B. A Interlocução da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória/ES. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 3, p. 599-611, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mSvsH3smJRbRsRxcQc3Nrvf/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 08 fev. 2022.

SARZANA, M. B. G. *et al.* Fortalecendo a articulação da rede de atenção psicossocial municipal sob a perspectiva interdisciplinar. **Cogitare enferm.**, v. 26, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/ZZMbQZHwjcsjcBK4tjQcmCM/>. Acesso em: 06 fev. 2022.

SCHMIDT, B., *et al.* Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). **Revista Estudos de Psicologia** (Campinas). 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng/?lang=pt>. Acesso: 26 maio. 2021.

SESAU. **Saúde no município: o que podemos fazer juntos? Um guia para a atuação integrada na gestão do SUS em Alagoas.** Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas: 1º Ed. 2017.

SEVERO, S. B.; SEMINOTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1685-1698, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3X3NgmHJhZ7RynW6dKw8TNd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 06 fev. 2022.

SILVA, G. *et al.* Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 404-417, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hcZXpb7j3fxhD9dDQgvB7GG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 fev. 2022.

SMSB. **Secretaria Municipal de Saúde de Belém: relatório de informações dos serviços prestados.** 2021.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123200900016>. Acesso: 26 maio. 2021.