



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

André Akio Minamihara

A saúde mental na estratégia saúde da família e o  
excesso do uso de medicamentos psicotrópicos

Florianópolis, Março de 2016



André Akio Minamihara

A saúde mental na estratégia saúde da família e o excesso do uso  
de medicamentos psicotrópicos

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Carolina Carvalho Bolsoni  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



André Akio Minamihara

A saúde mental na estratégia saúde da família e o excesso do uso  
de medicamentos psicotrópicos

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Carolina Carvalho Bolsoni**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

A saúde mental progressivamente torna-se um dos principais motivos de procura à unidade básica de saúde. Aliado a isso observa-se uma mudança e ampliação dos perfis que realizam acompanhamento especializado por este motivo, além do aumento descontrolado de pacientes que realizam tratamentos com medicações psicoterápicas sem monitoramento. Isso faz com que cada vez mais doenças como a depressão e ansiedade tem se tornadas de difícil controle após seu surgimento. Por este motivo, decidi trabalhar esse tema no projeto de intervenção. O objetivo do projeto é construir e implementar, juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município de Matinhos, comunidade Mangue Seco, medidas preventivas que auxiliem na diminuição do uso de medicamentos psicotrópicos e avaliar o perfil e o prognósticos dos pacientes que fazem o acompanhamento em saúde mental. Realizaremos uma abordagem multidisciplinar juntamente aos agentes comunitários, enfermeiros, psicólogos, médicos psiquiatras e médico da família, no período de março de 2015 a fevereiro de 2016. Avaliando os perfis de cada paciente e seus fatores de riscos associados ao início e evolução desta doença. Neste período observamos uma variação entre 12-16% dos motivos das consultas totais relacionadas à saúde mental. Com um perfil predominante de mulheres acima de 30 anos, sendo predominante acima de 60 anos, também do sexo feminino. Os fatores de riscos associados foram má estrutura familiar, solidão e dependência física. Por isso, com esta abordagem multidisciplinar, optamos por incentivar a mudança no estilo de vida destes pacientes, visando uma maior inclusão social e melhora da estrutura familiar. Junto a isso, realizamos o incentivo e priorização ao tratamento psicoterápico sobre o tratamento medicamentoso.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Medicamentos Psicoterápicos, Projeto de Intervenção, Promoção da Saúde





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	Objetivo Geral . . . . .	13
2.2	Objetivos específicos . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	21
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	23
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	25



# 1 Introdução

O município Matinho-PR é considerado um município novo, segundo dados do IBGE foi instalado em 12/06/1967 e atualmente possui 32.591 habitantes em uma extensão de 117,743 km<sup>2</sup> (IBGE, 2015). Ficou sob domínio e administração de Guaratuba até dia 31 de julho de 1938. Em meados de 1970, devido à principal fonte de renda e empregos, a pesca, um grupo de pescadores locais começou a formar uma comunidade em torno do Rio da Onça, dando origem ao bairro Mangue Seco, que recebeu esse nome devido a região que prevalecia antes da urbanização (FERREIRA, 2011) (BATTISTELLI, 2010)

A assistência ao bairro tem um dos principais centros de assistência social do município, o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e o CREAS (Centro de Referência Especializada de Assistência social), e em 2012 foi aprovado o projeto CRAS II que já se encontra em desenvolvimento. O Centro de Referência da Assistência Social é uma unidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que trabalha junto à Secretária Municipal de Assistência Social, promovendo o fortalecimento dos vínculos familiares, o acesso aos serviços de proteção integral a família, geração de renda e outros programa. Devido à alta taxa de criminalidade entre os jovens, foi criado o Centro de Amparo à Criança e ao Adolescente. E em 2012 surgiu a PETI (programa de erradicação do trabalho infantil), o PETI compõe o Sistema Único de Assistência Social (Suas) e tem três eixos básicos: transferência direta de renda a famílias com crianças ou adolescentes em situação de trabalho, serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças/adolescentes até 16 anos e acompanhamento familiar através do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Em 2013 foi idealizado o projeto de CCI (centro de convivência do idoso) e tem como finalidade proporcionar a permanência diurna do idoso, desenvolvendo atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania, embasando suas propostas em oficinas que possibilitam implantação de projetos para trabalhar as questões educacionais, recreativas, culturais, esportivas, de lazer, de assistência social e de saúde - principalmente em seu caráter de prevenção. E foram construídas 2 ATI (academia de terceira idade) na região. Para a educação foi idealizado o Complexo Educacional Rio da Onça, a escola tem quatro blocos sendo um com onze salas de aula, outro bloco de informática, outro bloco secretaria e coordenação e o quarto bloco vestiários além de um ginásio poliesportivo coberto, e atenderá de forma plena a comunidade local.(LIMA, 2012b)

Basicamente é composta por moradores de classe C-D, condições de moradia precária e escasso saneamento básico com diversos pontos de alagamento e acúmulo de lixo. Apesar disso é possível ver uma preocupação muito grande em relação à educação e combate às drogas e criminalidade, com diversas áreas de lazer e entretenimento para as crianças e jovens da região. E junto a isso, pode-se perceber uma preocupação muito grande por

parte da gestão do município em dar qualidade de vida e de saúde para os moradores locais, com oficinas de artesanato e exercícios para 3ª idade. (IBGE, 2015)

Já fui procurado diversas vezes por moradores locais para dar palestras sobre qualidade de vida, nutrição e saúde. Participei de reuniões para esclarecer dúvidas. E todos os encontros os moradores demonstraram grande preocupação e interesse.

Durante o período em que atuei na região, pude perceber e estudar o padrão da realidade em que a comunidade vive. É uma região considerada de baixa qualidade estrutural e social, tanto economicamente quanto em questão de nível de saúde.

Por se tratar de uma área de invasão em que as condições de saneamento básico são precárias também é uma região com predomínio do principal agravante da baixa qualidade de vida, a violência. Portanto, adquire um padrão composto por alta taxa de mortalidade infantil decorrentes de infecções, desnutrição e baixo acompanhamento na puericultura. (BIGARELLA, 2001)

Os adultos jovens sofrem decorrente da exposição à alta taxa de violência e mortalidade por causas externas. Já os idosos e adultos entre 40-65 anos, principais pacientes que procuram a ESF, começaram a melhorar sua qualidade de vida e seguimento de suas doenças crônicas, portanto reflete em uma melhora na expectativa de vida desses pacientes. Mas, ainda é possível encontrar um problema muito predominante e que vem com crescimento progressivo que são as doenças que afetam a saúde mental. Percebemos o número exacerbado de pessoas que procuram a unidade de saúde com problemas relacionados a este fator e que já se encontram em tratamento e uso de medicações controladas.

Devido ao baixo nível de informação da comunidade, todas as classes acabam sendo prejudicadas pois ainda é possível ver um número muito alto de gestações na adolescência, pouco planejamento familiar, baixa procura nas gestações de baixo e alto risco e pouco seguimento na puericultura. Felizmente, nas reuniões que tivemos com a comunidade, obtive uma procura muito grande quanto ao acompanhamento que devem fazer aos níveis de saúde, porém, como já foi citado, apenas uma classe foi a que demonstrou mais procura.

Dentre as consultas realizadas, a maioria é composta por idosos, sendo muito pouco a procura de crianças, gestantes e adultos jovens. Portanto, propor uma assistência preventiva tornou-se algo muito complexo e um desafio para a ESF, pois muitos apenas solicitam atendimentos quando a doença já se encontra instalada.

A seguir, algumas estimativas relacionadas às pessoas do território. Número de pessoas no território 3633, número de pessoas de 15 ou mais anos 2728 (a maioria entre 40-65 anos), consultas para rastreamento de câncer de colo de útero 5, consultas para rastreamento de câncer de mama 11, número de gestantes 18, número de pré natais 7, crianças menores de 2 anos acompanhadas 42, consultas de puericultura 13, número de hipertensos 430, número de Diabéticos 203. Com esses dados podemos observar um padrão populacional que procura a unidade de saúde para um acompanhamento preventivo. Sendo poucas gestantes com acompanhamentos de pré natal e poucas RN com acompanhamento para

puericultura. Mas podemos observar um seguimento maior dos pacientes com presença de doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão Arterial.

Quanto as principais queixas dos pacientes, além das doenças crônicas já citadas, podemos observar uma maioria quanto ao seguimento da saúde mental (ansiedade, depressão, transtorno de humor). Das 530 consultas do mês, 87 se destinavam ao seguimento da saúde mental, ou seja, 16% são consultas destinadas especificamente para este problema. Além disso, outros meses demonstram claramente este fato, seguem os dados em ordem cronológica: 11%, 13%, 16%, 13%, 12%, 13% e 16%.

Portanto, devido a realidade observada quanto uma das principais queixas que levam a procurar à UBS, optou-se em realizar um estudo e o projeto de intervenção sobre a saúde mental, pois a grande maioria destes pacientes não só realizam o acompanhamento na UBS e CAPS mas como também utilizam de medicações controladas de uso contínuo, visto que muitos desses pacientes possuem um padrão de gênero e idade (mulheres entre 30-50 anos). Além disso, é muito importante desenvolver este tema pois está cada vez mais comum a procura pela UBS para tratamento desta patologia, ou seja, uma doença que cada vez mais assola a população em geral. Por conta disso é necessário entender os fatores predisponentes e que envolvem esse problema, pois a atuação comportamental e preventiva ajudaria muito a controlar o nível crescente de casos relacionados à esta doença.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Conhecer o perfil dos pacientes que fazem uso de medicamentos psicotrópicos e propor medidas preventivas que auxiliem na diminuição do uso desses medicamentos.

### 2.2 Objetivos específicos

Conhecer a evolução da patologia; prognóstico e número de pessoas que realizam tratamento psicoterápico e uso de medicações controladas;

Propor ações de prevenção às principais doenças que acometem a saúde mental da população;

Estimular hábitos de vida saudáveis que auxiliem na diminuição do uso de medicamentos psicotrópicos.





### 3 Revisão da Literatura

No fim dos anos de 1950, início dos anos de 1960, surge uma nova tendência em relação aos tratamentos dos transtornos comportamentais, os programas de psiquiatria comunitária. Uma revolução para alguns, um desastre para outros, mas, apesar das críticas positivas e negativas, a pergunta que pairava no ar era como essa mudança de abordagem beneficiaria o paciente, que até então estava restrito aos serviços hospitalares. [Reinaldo \(2008\)](#)

Na Itália e Inglaterra, a reforma psiquiátrica foi realizada no âmbito político e social. O respaldo legal dado pelo governo favoreceu o fechamento dos hospitais psiquiátricos. No Canadá foi denominada Revolução Tranquila. Nos Estados Unidos, a Lei Kennedy em saúde mental fez com que fossem instalados centros comunitários para a área. Na França, foi criada a psiquiatria de setor, com ênfase na programação local das ações de saúde mental, e a reforma espanhola se desenvolveu com a participação e ação dos profissionais da área. Vários programas foram desenvolvidos, em especial em Quebec (Canadá) e nos Estados Unidos. Esses programas, por serem pioneiros em relação à abordagem da psiquiatria comunitária, que passaria a ser denominada saúde mental comunitária, receberam incentivos governamentais maciços e houve uma profusão de pesquisas acadêmicas ao longo dos anos de 1960, diminuindo assim a inquietação em relação aos rumos do modelo de assistência em saúde mental na comunidade. A partir de 1990 ocorreram mudanças em relação às políticas de saúde mental caracterizadas pela reestruturação da assistência psiquiátrica, melhor aplicação dos recursos financeiros e desenvolvimento de serviços integrados à atenção básica. A ênfase era o desenvolvimento de dispositivos comunitários visando ao tratamento precoce, contínuo e eficiente na reabilitação e reinserção do usuário da saúde mental. A princípio, foram criados serviços intermediários, tais como pequenos hospitais e clínicas para tratamento de transtornos comportamentais menores que reproduziam o modelo do macro hospital. Os pacientes eram identificados como doentes, o prognóstico era sombrio, e o tratamento estava centrado na terapia farmacológica e no médico; com a expansão dos programas de saúde mental comunitária que não pressupunha apenas a implantação de serviços de saúde comunitários, os pacientes e a comunidade começaram a identificar os transtornos como um modo de estar no mundo. [Reinaldo \(2008\)](#)

No Brasil, apenas na década de 1970 houve a incorporação dessas mudanças ocorridas nos demais países aqui apresentados, nesse momento a designação biopsicossocial passou a ser a característica das práticas da Saúde Mental Comunitária. A reforma psiquiátrica consistiu na transformação de saberes e práticas em relação à doença, na percepção da complexidade do objeto de intervenção e também em recompreender o sofrimento psíquico, bem como em destruir manicômios internos e externos que têm aceitado determinadas formas de pensar e agir. Sobretudo na reinvenção de modos de lidar com a realidade.

Nessa proposta de reconstrução da assistência psiquiátrica surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados conforme a portaria do n.º. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Constituem-se em serviços estratégicos, substitutivos ao modelo manicomial. São caracterizados por porte e clientela, recebendo as denominações de: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad. Estes devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Além disso, deverão funcionar independente de qualquer estrutura hospitalar. Nesse intuito, uma das propostas mais relevantes dos CAPS é a reinserção social do indivíduo e a promoção da inclusão na sociedade. Dentro de vários serviços dessa natureza existem propostas que abrangem essa expectativa, como oficinas as quais servem de espaço terapêutico; cooperativas que oportunizam a geração de renda e autonomia do indivíduo; espaços de trocas na sociedade como apresentação de danças em eventos, participação em seminários, entre tantas outras riquíssimas e criativas iniciativas, que vem sendo tomadas em todo o Brasil. [Scheibel \(2010\)](#)

Algumas iniciativas de atenção psiquiátrica comunitária têm apresentado bons resultados, entre elas a criação de condições para assistência aos pacientes psiquiátricos na comunidade com o suporte do hospital geral ou equipes de saúde mental ligadas ao PSF, para intervenções em crise e acompanhamento domiciliar, partindo do princípio do compartilhamento de responsabilidades no cuidado e no acolhimento. A inclusão de indicadores de saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), entre eles o número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves e o percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica por faixa etária e sexo, são avanços para a área. As diretrizes do Ministério da Saúde em relação aos recursos humanos em saúde mental especificam o termo equipe mínima, embora não conste em seus documentos o termo equipe multidisciplinar; este ficaria por parte das equipes e de sua constituição, como um requisito da proposta terapêutica e dos recursos financeiros dos municípios responsáveis pela implantação e continuidade do serviço. [Coelho \(2010\)](#)

Além de focar a saúde mental, esses programas deveriam desenvolver ações sociais e promover a qualidade de vida da comunidade. Os profissionais de saúde mental deveriam ser encorajados a promover reformas sociais a partir de sua prática, de seu contato com a comunidade, ajudando a mesma a se organizar em busca de melhores condições de tratamento. Há incorporação de novos profissionais às equipes, consolidando a ideia do ser biopsicossocial que merece ser acompanhado de diferentes formas e por diversos saberes, incluindo aqui a sua demanda. Em última análise, a finalidade era diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos a certos transtornos comportamentais menores e acompanhar os demais casos em suas particularidades. [Lima \(2012a\)](#)

Algumas características foram atribuídas à prática da saúde mental na atenção básica,

---

entre elas: estar associada às demais ações da atenção básica; assegurar o bem estar da comunidade e do indivíduo; privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas; alocar os programas de saúde mental em diferentes serviços de atenção básica, formando uma rede de suporte e cuidados; realizar ações diretas e indiretas; utilizar novas estratégias de abordagem em saúde; ter governabilidade; agregar profissionais com diferentes formações, implicar a comunidade e, por fim, considerar as características da comunidade. Após a transposição da psiquiatria comunitária para a atenção primária, algumas fragilidades foram identificadas, entre elas: a fragmentação dos programas com o tempo; a imprecisão dos limites da saúde mental na atenção básica; e a dificuldade da integração dos saberes dos profissionais envolvidos. E foi levantada, em dado momento, a questão de se a psiquiatria comunitária/saúde mental comunitária não poderia estar perdendo seu foco de atuação. (REINALDO, 2008)

Observa-se atualmente que os transtornos mentais e comportamentais causam um grande sofrimento individual e social, atingindo 450 milhões de pessoas no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 25% das pessoas desenvolvem ao menos uma desordem mental em algum momento da vida. Nesta condição, os indivíduos são vítimas de violação de direitos humanos, isolamento social, baixa qualidade de vida e aumento do risco de morte, além do custo econômico e social. De acordo com o Ministério da Saúde, as queixas psíquicas são a segunda causa mais frequente de procura por atendimento na Atenção Básica. Com essa consciência, a OMS estabelece como prioridade a capacitação em saúde mental dos profissionais da atenção básica. Recomenda que a prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crônicas do que o tratamento institucional em hospitais psiquiátricos ou clínicas especializadas. Acredita-se que os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento. Lima (2012a)

Foi possível perceber avanços legislativos e os primórdios legais que influenciaram o movimento político e social conhecido como Reforma Psiquiátrica (Reforma Psiquiátrica ou Luta Antimanicomial são nomes genéricos dados a uma grande mobilização social que já dura mais de duas décadas e vem propondo a reformulação das políticas públicas de saúde mental, de modo a abandonar o modelo asilar – considerado invasivo e opressor, fundado sobre a discriminação e a segregação de pessoas retiradas de seus campos de convivência, privadas de liberdade e tolhidas no exercício de sua singularidade e cidadania – para substituí-lo por um conjunto de serviços abertos e comunitários que devem garantir à pessoa com transtorno mental o cuidado necessário para viver com segurança em liberdade, no convívio familiar e social tanto quanto possível), que culminou na consolidação das atuais políticas públicas em saúde mental (AMARANTE, 2007). Percebe-se que, nos últimos anos, a assistência em saúde mental sofreu várias transformações, algumas em decorrência da necessidade de reavaliação e reestruturação da organização do modelo as-

sistencial de saúde mental no país. Infere-se que a legislação federal de saúde mental do período de 1991-2001 apresenta modos de tratamento com o foco no modelo assistencial baseado nos princípios básicos de atenção à saúde mental, com vistas à ruptura do padrão hospitalocêntrico, viabilização da humanização da assistência, reinserção social, preservação e resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais e avaliação dos serviços para a garantia dos direitos desse grupo [Guimarães \(2010\)](#).

Pode-se perceber uma mudança no perfil da população que procura a atenção primário para tratamento da saúde mental. Porém, ainda existe uma predominância de idosos, isso pode ser justificada pois, aliado ao crescimento desta classe etária específica, está o aparecimento de complicações econômicas, físicas e mentais neste grupo. Observa-se ao longo das últimas décadas o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas na população de idosos, dentre elas a depressão. Devido a essas doenças e suas repercussões sobre a condição mental, a população idosa tende a requisitar mais os serviços de saúde mental do que os grupos etários mais jovens. Idosos com depressão consomem mais medicamentos estando sujeitos a mais efeitos adversos, podendo também piorar o prognóstico de outras doenças por interferir na qualidade do autocuidado. A depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves e muitas vezes incapacitantes. Neste sentido, a prevalência de comorbidades no idoso constitui-se como importante fator de risco para a depressão. Aliado a isso, os sentimentos de frustração perante aos anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas progressivas do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho bem como o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar, a aposentadoria que mina os recursos mínimos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predisõem o idoso ao desenvolvimento de depressão. Percebe-se que muitas vezes doenças trazidas como queixas no atendimento ao idoso têm fundo psicológico. ([ARANTES, 2007](#))

Além desse grupo, existe a predominância do sexo feminino quanto à procura da Atenção Primária. Muitas vezes a justificativa está relacionada à problemas familiares e financeiros. A estruturação familiar ainda é extremamente determinante neste ponto.

A maioria dos pacientes deprimidos (60%) recebe tratamento na Atenção Primária. Estima-se que 50% das prescrições de antidepressivos sejam de clínicos, 30% de psiquiatras e 20% de outras especialidades. Apesar da alta prevalência, há uma grande deficiência no diagnóstico e tratamento na prática geral.

É necessário estabelecer uma relação de confiança e, principalmente, respeitar o que está sendo dito. Escutar as razões, com atitude acolhedora e sem julgamentos morais, é fundamental para o sucesso do tratamento. Para se obter um plano de cuidado resolutivo, é importante buscar a concordância entre os sujeitos dessa relação, no que se refere aos objetivos da atenção, às prioridades, à natureza dos problemas e às responsabilidades (do

---

profissional e da pessoa sob atenção). Na abordagem centrada na pessoa, saber ouvir é tão importante quanto saber o que e como dizer, pois essa habilidade é crucial para uma atenção adequada. E escutar o outro pressupõe a capacidade de silenciar. Uma escuta qualificada é aquela feita de presença e atenção, livre de preconceitos. A escuta atenta e livre auxiliará para o estabelecimento da confiança, a qual é necessária para o vínculo. A intervenção sobre a saúde mental deve basear-se na Psicoterapia Interpessoal, analisando cada caso como único e individual. [Amarante \(2007\)](#)

Não se devem usar antidepressivos rotineiramente para tratar pessoas com sintomas depressivos subliminares persistentes ou depressão leve. Porém podemos perceber um número muito grande de usuários de substâncias psicotrópicas para tratamento de depressão leve ou sem indicação para tal uso. Por isso apenas podemos considerar utilizá-los nas seguintes situações: pessoas com história prévia de depressão moderada ou grave ou pessoas com apresentação inicial de sintomas depressivos subliminares presentes por pelo menos 2 anos ou pessoas com sintomas depressivos subliminares ou depressão leve persistindo após outras intervenções (psicoterapia). Sendo a psicoterapia interpessoal tem demonstrado ser eficaz no tratamento de depressão em garotas adolescentes, provavelmente grande papel de desajustes em relacionamentos interpessoais no desenvolvimento da depressão, devendo ser então, se possível, encaminhados para este tipo de tratamento. Terapia cognitiva também se mostrou efetiva e terapia familiar frequentemente está indicada. [Arantes \(2007\)](#)

O aumento exponencial de usuários de medicações psicotrópicas, muitas vezes sem indicação específica, cada vez mais tem se tornado uma preocupação e desafio para os profissionais de saúde. Diante dessa perspectiva e realidade no cenário nacional, o Ministério da Saúde está nos últimos anos incentivando o acolhimento em saúde mental nas unidades de atenção básica para permitir uma responsabilização compartilhada dos casos, excluindo a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. E é justamente devido ao crescente número de pacientes em acompanhamento para esta patologia, associada à mudança ou ampliação dos perfis afetados, que esta intervenção torna-se relevante.



## 4 Metodologia

Este trabalho é um projeto de intervenção e revisão da literatura integrativa recente sobre o acolhimento e análise do perfil biopsicopatológico em saúde mental na atenção básica. A revisão abrange artigos científicos nacionais publicados no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2012, assim como cartilhas e recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil. As fontes do levantamento bibliográfico foram buscadas em acervos do sistema informatizado: BIREME, SCIELO e LILACS. Foram utilizadas como indexadores as palavras chaves: saúde mental, acolhimento, atenção primária e unidade básica. Foram selecionados 17 resumos, dentre eles, utilizou-se 9 referências na elaboração desse trabalho, que atenderam aos critérios de inclusão devidos à abordagem da saúde mental na unidade básica.

O estudo proposto será realizado na população do município de Matinhos-PR, mais especificamente na comunidade Mangue Seco, área em que atuo como Médico da Família. Englobará todos os indivíduos que por algum motivo realiza acompanhamento com a Saúde Mental no município, seja ele junto ao CAPS ou apenas na UBS. Dados como gênero, sexo, idade e condição social não servirão como pré requisitos para participar do estudo, porém serão considerados como fatores predisponentes para desenvolvimento psicopatológico da doença.

O projeto de intervenção será a análise de todos os pacientes que foram acompanhados no período de Março de 2015 à Fevereiro de 2016. Mensalmente são acompanhados em torno de 450-500 pacientes, e destas consultas avaliamos todos os que realizam tratamento junto à Saúde Mental (CAPS e UBS). Cada perfil selecionado foi analisado quanto aos seus fatores de risco e desencadeantes, agravantes e de melhora e quantos realizam tratamento psicoterápico e medicamentoso. E para isso será realizado uma análise com uma equipe multidisciplinar composta por: Agentes comunitários, Enfermeiros, Psicólogos, Médicos Psiquiatras e Médicos da Família.





## 5 Resultados Esperados

Com esse trabalho, tenho como objetivo analisar o perfil dos pacientes que fazem uso de medicamentos psicotrópicos e propor medidas preventivas que auxiliem na diminuição do uso desses medicamentos. Junto a isso, realizar uma breve análise sobre a evolução histórica e suas determinantes para chegar ao padrão de Saúde Mental ao qual nos encontramos hoje, desde o acolhimento, desenvolvimento e alta dos pacientes. Além de estimular mudança no estilo de vida dos pacientes como fator protetor para o não desenvolvimento de doenças relacionadas à saúde mental como a ansiedade, depressão entre outros.

Desde março de 2015 pude acompanhar uma população geral de 32.591 habitantes, especificamente a comunidade do Mangue Seco composta por 3.645 pessoas. Realizo atendimentos agendados, além de visitas domiciliares, puericultura, pré-natal e emergências. Neste período pude avaliar o perfil dos pacientes e as suas principais queixas, as comorbidades associadas, os históricos pessoais e médicos. Com isso, é possível perceber um padrão e a doença que mais acomete a população. Inicialmente explorarei alguns dados através do número de consultas totais de cada mês e os respectivos número de consultas relacionadas à saúde mental: em março 80 de 476 consultas (16%), abril 42 de 329 (12%), maio 58 de 377 (15%), junho 51 de 391 (13%), julho 55 de 413 (13%), agosto 67 de 500 (13%), setembro 87 de 530 (16%), novembro 82 de 508 (16%), dezembro 80 de 476 (16%) e janeiro (2016) 76 de 488 (15%).

Com esta análise podemos observar uma variação entre 12% a 16% dos motivos das consultas totais relacionadas à saúde mental. Além disso, o principal perfil encontrado nas consultas eram mulheres acima de 30 anos, porém em grande maioria, mulheres idosas acima de 60 anos. A justificativa dava-se ao fato da má estruturação familiar, solidão e dependência física. Não só realizavam acompanhamentos com a psicologia para psicoterapia, como utilizavam medicações psicotrópicas de longa data. Os principais medicamentos eram: fluoxetina 20 mg, clonazepam 2 mg e 2,5 mg/ml, diazepam 5 mg e amitriptilina 25 mg. Mesmo após diversas tentativas de desmame medicamentoso, muitas encontravam-se incapazes de realizar a retirada das medicações. Devido a isso, junto à assistência social, enfermagem e agentes comunitários optamos por incentivar a mudança no estilo de vida dessas pacientes, visando uma maior inclusão social e incentivo à melhoria da qualidade de vida através de centro comunitários de idosos e maior apoio junto ao CAPS, além de buscar aquelas famílias com baixa estrutura familiar (violência, omissão e péssima qualidade de vida).

Devido à dificuldade de manejo sobre o tratamento psicotrópico destes pacientes, acreditamos que o combate aos fatores desencadeantes desta patologia ajudará na diminuição de pacientes com necessidade de tratamento medicamentoso. Por isso, essa intervenção social deve ser cada vez mais incentivada e intensificada para conseguirmos atingir nosso

objetivo.

## Referências

- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 19.
- ARANTES, D. V. Depressão na atenção primária à saúde. *Rev Bras Med Fam e Com*, p. 261–269, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- BATTISTELLI, C. Importância da restinga para as áreas litorâneas. *Seminário Municipal*, p. 3–10, 2010. Citado na página 9.
- BIGARELLA, J. J. Contribuição ao estudo da planície litorânea do estado do paraná. *BRAZILIAN ARCHIVES OF BIOLOGY AND TECHNOLOGY*, p. 65–111, 2001. Citado na página 10.
- COELHO, V. F. Acolhimento em saúde mental na unidade básica : Uma revisão teórica. Belo Horizonte, n. 31, 2010. Curso de Curso de Especializa o em Aten o Básica em Saúde da Família, UFMG. Citado na página 16.
- FERREIRA, J. C. V. Municípios paranaenses: origens e significados de seus nomes. *Projeto Paraná da Gente*, p. 26–29, 2011. Citado na página 9.
- GUIMARÃES, A. O tratamento ao portador de transtorno mental: Um diálogo com a legisla o federal brasileira (1935-2001). *Texto Contexto Enferm*, p. 274–282, 2010. Citado na página 18.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Estimativa da popula o residente nos municípios brasileiros*. 2015. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/1M4>>. Acesso em: 01 Dez. 2015. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.
- LIMA, F. G. O perfil atual da saúde mental na aten o primária brasileira. *Com. Ciências Saúde*, p. 143–148, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- LIMA, F. H. M. O poder público municipal à frente da obriga o constitucional de cria o do sistema de controle interno. *JusVi*, p. 11–14, 2012. Citado na página 9.
- REINALDO, A. M. dos S. Saúde mental na aten o básica como processo histórico de evolu o da psiquiatria comunitária. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, p. 173–181, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- SCHEIBEL, A. Acolhimento no caps: Reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública.*, p. 966–984, 2010. Citado na página 16.