

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARBELIS PARRA HIDALGO

**REDUÇÃO DO ÍNDICE DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO
MUNICÍPIO DE OURO VERDE DE MINAS: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

**TEÓFILO OTONI / MG
2015**

MARBELIS PARRA HIDALGO

**REDUÇÃO DO ÍNDICE DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO
MUNICÍPIO DE OURO VERDE DE MINAS: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^a. Dr^a Liliane da Consolação Campos Ribeiro

TEÓFILO OTONI / MG
2015

MARBELIS PARRA HIDALGO

**REDUÇÃO DO ÍNDICE DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO
MUNICÍPIO DE OURO VERDE DE MINAS: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Examinador 1- Prof^a Dr^a Liliane da Consolação Campos Ribeiro - Universidade Vale do Jequitinhonha e Mucuri- UFVJM

Examinador 2 - Prof. Dr. Alisson Araújo – Universidade Federal de São João Del Rei- UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte em de de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Senhor Jesus, digno de toda honra e toda glória. E a toda minha família.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo seu infinito amor por mim, por sua presença na minha vida, pelas vitórias alcançadas, pelas bênçãos que Ele me concede a cada dia;

A todos os professores e tutores da Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG que diretamente ou indiretamente contribuíram para concretização deste trabalho.

À minha Família que mesmo longe, sempre torceram por mim.

A minha querida amiga Mestre/ enfermeira Aliny Gonçalves Batista (Aliny Peroba), pela colaboração e por compartilhar comigo sua inteligência, competência, idéias e desafios para a produção do conhecimento científico.

"A fé não é a crença de que Deus fará o que você quiser. A fé é a crença de que Deus fará o que é certo." Max Lucado

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção com o propósito de diminuir o consumo de psicofármacos, ansiolíticos e antidepressivos na população de Ouro Verde de Minas- MG. Foi realizada uma investigação focalizada no histórico de atenção em saúde mental dos moradores de Ouro Verde de Minas, identificados pelos critérios de “uso de medicação psicotrópica”. Observou-se a existência de demanda reprimida em saúde mental, por meio do elevado percentual de usuários nos serviços de atenção primária sem acompanhamento sistemático por parte da equipe de saúde. Foram traçadas medidas educativas aos profissionais de saúde e à população, tanto na forma, coletiva, individual e em massa. Espera-se promover a organização da assistência em saúde mental nas UBS, implantando avaliações de risco e dispositivos de intervenção oportunos para a alta prevalência desses transtornos, com auxílio do apoio matricial, reduzindo o uso continuado de medicação.

Palavras-chave: Atenção primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Fatores Socioeconômicos, Psicotrópicos.

ABSTRACT

This study aims to reduce the consumption of psychotropic drugs, anxiolytics and antidepressants in the population of Ouro Verde Minas - MG. A focused research attention in the history of mental health of the residents of Ouro Verde de Minas was held, identified by the criteria of "psychotropic medication". It was observed that there is pent-up demand for mental health through the high percentage of users in primary care services; the constant and high usage with chronic use and without systematic monitoring by the health team. Were drawn educational measures to health professionals and the public in form collective, individual and mass. Expected to promote the organization of mental health care in UBS, implementing risk assessments and timely intervention devices for the high prevalence of these disorders.

Key words: Primary care, Family Health Program, Socioeconomic Factors, Psychotropic Drugs.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS- Atenção Primária à Saúde
CRAS- Centro de Referência de Assistência Social
DAB – Departamento de Atenção Básica
ESF- Estratégia de Saúde da Família
IBGE- Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
NOAS- Norma Operacional da Assistência à Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
UPA- Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa de localização do Município de Ouro Verde de Minas – Minas Gerais – Brasil	19
------------	---	----

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	12
2- JUSTIFICATIVA	14
3- OBJETIVOS	15
3.1- OBJETIVO GERAL	15
3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4- METODOLOGIA	16
4.1- LOCAL DE ESTUDO	16
5- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
5.1- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	18
5.2- EDUCAÇÃO EM SAÚDE	20
5.3- PSICOFÁRMACOS	22
5.3.1 MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS	23
5.3.2 MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS	23
6- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

1 INTRODUÇÃO

Torna-se de grande valia estimular reflexões no que diz respeito ao tema proposto, visto que se pretende ensejar e focar de forma perspicaz sobre a importância de minimizar o alto índice de consumo de psicofármacos na atenção básica.

Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), dando início a história do Programa Saúde da Família (PSF). Desde então começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde (SANTANA, CARMAGNANI, 2001).

Criado em 1994 o PSF mediante a construção de um modelo assistencial baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde têm como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, através dos princípios e diretrizes do sistema único de saúde dirigido aos indivíduos, família e a comunidade (SANTANA, CARMAGNANI, 2001).

Dessa forma entende-se que o PSF possa contribuir para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção do setor, apontando para um novo paradigma de atenção a saúde.

A atenção básica é caracterizada por várias ações de saúde, tanto no âmbito coletivo, como no individual, visando a promoção à saúde, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. É organizada através de práticas gerenciais e sanitárias. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Os princípios fundamentais que a atenção básica tem como focos são: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, participação social (BRASIL, 2012).

Para uma melhoria da organização da atenção básica, a portaria 2.488 de 21 de Outubro de 2012, ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência e criando mecanismos para o fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma a regionalização da assistência como uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, a ser desenvolvida em todo o território nacional (BRASIL, 2012).

Assim, o trabalho junto ao PSF deve levar em conta, em primeiro lugar, o conhecimento do território onde de vai atuar, o que significa ir além do muro da unidade básica de saúde. É fundamental percorrer o território que constitui a área de abrangência da unidade de saúde para identificar quem vive, como vive, do que adoece e morre. Além disso, é preciso mapear os recursos que podem ser utilizados pela população, em termos de equipamentos de educação, lazer, trabalho, cultura, saneamento básico, entre outros.

Os psicofármacos formam parte de um amplo grupo de substâncias farmacológicas. O uso dos medicamentos é um aspecto importante e a administração correta deles é fundamental. A eficácia desses medicamentos deve ser acompanhada de uma avaliação segura, pois a utilização inadequada pode apresentar riscos para a saúde.

Segundo Burin (1990), existem medicamentos psicofármacos, que interferem negativamente na atividade psicofísica do indivíduo. A tendência internacional indica que o dobro das mulheres consomem substâncias ansiolíticas e antidepressivas, em relação aos homens.

Diante do exposto e devido ao alto consumo de psicofármacos nos usuários em Ouro Verde de Minas, este trabalho torna-se relevante.

2 JUSTIFICATIVA

A prevalência estimada de transtornos mentais e de comportamento é de 12% na população mundial, sendo que mais de 450 milhões de pessoas sofrem de algum problema de saúde mental e grande parte destes usuários são tratados na Atenção Primária à Saúde (APS) (ROCHA, WERLANG,2013). A partir das discussões da reforma psiquiátrica, os serviços de APS são considerados o primeiro nível de cuidado da saúde mental (BRASIL, 2012). Neste sentido, os profissionais da atenção básica têm um papel crucial no tratamento e cuidado aos usuários com transtornos mentais.

Na população de Ouro Verde de Minas foi constatado um número elevado de pacientes com utilização de psicofármacos, sem atendimento sistematizado pela equipe de saúde da família, sendo a maioria mulheres, solteiras, mães, com baixa renda familiar o que é constantemente observado através dos prontuários e visitas domiciliares, embora não haja nenhum dado informatizado ou impresso sobre o mesmo.

Sabendo que a educação em saúde tem sido uma das principais ferramentas na melhoria da qualidade de vida da população, pois permite a atuação na promoção a saúde e atua na prevenção de doenças, pretende-se com este estudo estabelecer medidas educativas na redução do alto índice de consumo de psicofármacos para a população de Ouro Verde de Minas - MG seja na forma individual, coletiva ou em grupo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção com o propósito de diminuir o consumo de medicamentos psicofármacos, ansiolíticos e antidepressivos na população de Ouro Verde de Minas- MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar causas relacionadas ao consumo de medicamentos psicofármacos na população estudada;
- Construir estratégias para conscientizar a população em relação a realidade atual;
- Promover ações de educação em saúde com a população, ampliando e estimulando ações de prevenção.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e com intervenção comunitária. Utilizou-se como base o Planejamento Estratégico Situacional, primeiramente foi realizada uma reunião com a equipe a fim de determinar problema prioritário que a equipe de saúde da família tem enfrentado, os nós críticos e as ações que deveriam ser realizadas.

Foi determinado como problema prioritário o alto consumo de medicamentos psicofármacos.

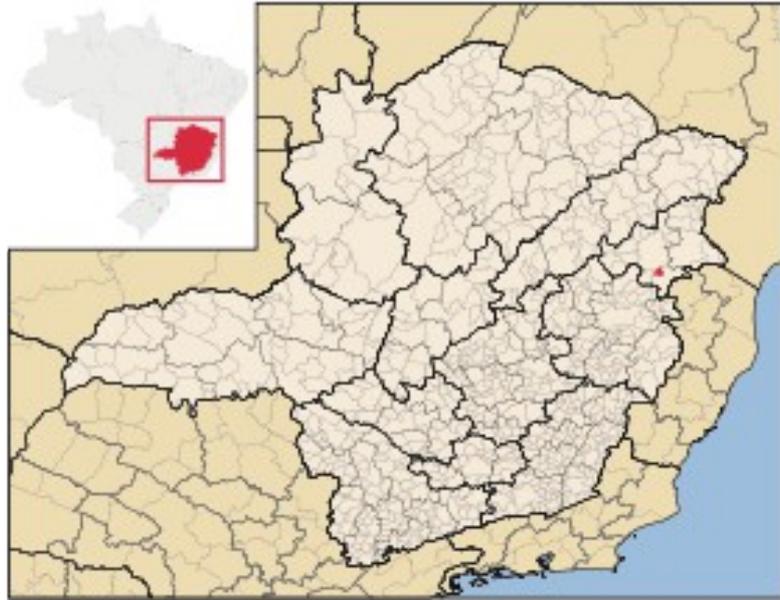
Definido o problema de saúde, o passo seguinte foi a coleta de dados. Como há grande dificuldade em ter acesso aos relatórios de Sistema de Informação da Atenção Básica, uma vez que o mesmo encontra-se desatualizado. Percebe-se que no município há um desconhecimento do instrumento, falta de experiência no uso da informação e problemas com a manutenção de hardware ou falta de reposição de tinta para impressora.

Observou-se ainda que os dados em geral, tem baixa confiabilidade e são desatualizados, refletindo a falta de utilização. Além disso, a Secretaria de Saúde não dispõe de digitadores o suficiente para manter o Sistema atualizado. Optou-se então por coletar as informações por meio dos agentes comunitários de saúde.

4.1 LOCAL DE ESTUDO

Ouro Verde de Minas é um município com área territorial de 175,482 km quadrados. Considerado de pequeno porte – 175 Km², é um município mineiro, localizado na região do Mucuri dependente de inúmeras atividades e serviços disponibilizados em Teófilo Otoni.

Os principais acessos rodoviários, que levam até Ouro Verde de Minas, são realizados pelas BR-381, BR-116 e BR-342 e MG-412. A fronteira com o estado do Espírito Santo se encontra a aproximadamente 30 km na direção sudeste (Figura 1).



5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE

No Brasil, a Portaria 2488/2012 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, define Atenção Básica como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2012)

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL,2012).

Representa o primeiro nível de contato do paciente, da família e da comunidade com o sistema de saúde, com o intuito de resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, sendo assim o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Segundo Ministério da Saúde (2012), no Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Segundo Giovanella (2006) nos países europeus, o termo atenção primária refere-se aos serviços de primeiro contato sendo que nota-se uma diferença nos países periféricos no qual a atenção primária corresponde a programas seletivos de

baixa resolutividade para cobrir as necessidades de grupos populacionais de extrema pobreza.

Starfield (2002) contempla a atenção primária como prestação de serviços de primeiro contato garantindo o cuidado integral e independente da ausência ou presença de doença dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde, e, coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos freqüentes e mais complexas.

Sendo assim os profissionais da atenção primaria centrando-se na família passam a conhecer a realidade da população reconhecendo as diferentes necessidades de cada grupo.

O posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde (2005), é que a APS deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde e que basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas.

A Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, (2005) define um sistema de saúde com base na APS como uma abordagem abrangente da organização e da operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade (OPAS, 2005).

A Atenção primaria à saúde é composta por um conjunto de elementos que garantem a cobertura e o acesso universal dos serviços à população e que aumentem a equidade. Oferece cuidados abrangentes, enfatiza a prevenção e a promoção e o primeiro contato. As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação. Um sistema de saúde com base na Atenção Primaria a Saúde, requer uma sólida fundação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Adota práticas de gerenciamento em todos os níveis para alcançar qualidade, eficiência e eficácia, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde (OPAS, 2005).

De acordo com Starfield (2002), as principais características da atenção primária à saúde (APS), podem ser assim resumidas:

- Primeiro Contato — espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos. Dessa forma, a autora fala que a APS é o Primeiro Contato da medicina com o paciente.
- Continuidade do cuidado — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, seja atendida de forma mais eficiente, matendo assim fortes laços com os profissionais de saúde, essa característica também é chamada de *longitudinalidade*.
- Integralidade — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde, ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário o serviço de Atenção Primária continua co-responsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.
- Coordenação do cuidado — mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que freqüentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que portanto têm pouco diálogo entre si.

O que se entende é que a atenção primaria é caracterizada pelo tipo de serviço que oferece dentro dos interesses de obtenção da integralidade.

5. 2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde é uma prática na qual se busca proporcionar informações, educação sanitária e permitir que a população possa repensar as atitudes que são indispensáveis a vida. Dessa forma, a comunidade tem participação ativa neste processo (BRASIL, 2007).

Para Pereira (2003), a educação em saúde vai muito além do que a transmissão de conteúdos trata-se de uma combinação de oportunidades que

permite a manutenção da saúde e sua promoção por meio de práticas educativas, capazes de garantir aos sujeitos do aprendizado a condução da sua própria vida.

De acordo com Brasil (2007), a eficácia da educação em saúde, reside em entendermos que cada pessoa possui uma experiência, uma vivência. Nessa interação deve ocorrer uma convivência de reciprocidade e cooperação entre os atores do processo, permitindo que ocorra um encontro entre a cultura popular e a científica, uma aproximação entre agentes formais de saúde e população.

Conforme ainda o mesmo autor a educação em saúde permite que haja uma diminuição da distância entre a intervenção sobre a doença em um tempo e espaço determinados, e o cuidado, que significa o estabelecimento de relações intersubjetivas em tempo e espaço contínuo de negociação e inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro.

Entretanto, Silva (2004) destaca que para a educação em saúde se tornar uma intervenção eficaz é necessário conhecer a realidade dos indivíduos com as quais se deseja realizar uma ação educativa bem como suas potencialidades e suscetibilidades avaliadas em um âmbito holístico.

A mesma autora ressalta que a educação em saúde pode ser realizada de três formas: individual, em grupo e em massa. Sendo:

- Educação individual: nesta prática busca-se o estabelecimento de um vínculo entre o cliente e o profissional educador facilitando uma abordagem direcionada aos assuntos que este cliente necessita e que, em diversas oportunidades, hesita em falar ou perguntar em público.
- Educação em grupo: este processo educativo permite a interação entre os indivíduos do grupo e os membros da equipe de saúde tornando possível analisar as percepções e experiências de todos os membros do grupo.
- Educação em massa: neste método utilizam-se os meios de comunicação para mobilizar a opinião pública e sensibilizá-la para os problemas de saúde que afligem a população em caráter individual ou coletivo (SILVA,2004).

5.3 PSICOFÁRMACOS

Quando se fala em psicofármacos, refere-se aos medicamentos que agem nas doenças psiquiátricas visando a melhora a cura, ou estabilização das mesmas. São divididos, basicamente em: antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos.

Os medicamentos psiquiátricos, agem a nível de neurotransmissores específicos para cada doença. Eles não agem como substitutos, por não se tratar de um sistema de reposição de substâncias que se encontram em níveis inadequados, mais sim de componentes externos, ingeridos pelo paciente, que estimulam mecanismos responsáveis pela normalização dessas substâncias. Quando a serotonina, e a noradrenalina, estão diminuídas, por exemplo, há uma sensação de desânimo (depressão), quando o gaba está em níveis inadequados, existe um aumento na sensação de ansiedade e quando a dopamina, encontra se baixa, podem surgir os sintomas psicóticos, entre eles as alucinações auditivas (vozes que não existem), e visuais (pessoas ou objetos irreais),além de delírios(pensamentos não condizentes com a realidade), com as idéias paranóicas, conhecidas como mania de perseguição. Esses medicamentos ao permitirem que os pacientes tenham esses neurotransmissores normalizados, eliminam diminuem, ou estabilizam os sinais e sintomas de diversas doenças psiquiátricas, entre elas as diversas formas de ansiedade, a depressão o transtorno de pânico, insônias, a esquizofrenia e o transtorno do humor bipolar (uma das formas de doença de humor), que alterna humor depressivo e humor eufórico). Esse último requer o uso de estabilizadores do humor, outra classe de psicofármacos, responsáveis pelo equilíbrio das emoções perdido nesses pacientes (BANER, 1999).

A decisão de utilizar ou não um psicofármacos depende antes de tudo do diagnóstico que o paciente apresenta, incluindo eventuais comorbilidades. Para muitos transtornos os medicamentos são o tratamento preferencial, como na esquizofrenia, no transtorno bipolar, em depressões graves ou no controle de ataques de pânico. Em outras como nas fobias específicas, transtornos de personalidade, problemas situacionais, as psicoterapias podem ser a primeira opção. E em muitas situações o ideal talvez seja a combinação de ambos métodos.

5.3.1 Medicamentos ansiolíticos

Ansiedade e insônia: São sintomas muito comuns na vida das pessoas, podem representar respostas normais as pessoas do cotidiano, ou eventualmente manifestações de transtornos psiquiátricos que exigem tratamento específico. A ansiedade está presente na maioria dos transtornos psiquiátricos, em muitos dos quais é um sintoma secundário.

Dentre as drogas consideradas ansiolíticas destacam-se as benzodiazepinas (BDZS e a buspirona). As benzodiazepinas, possuem efeitos sedativos ansiolíticos e hipnóticos, são, ainda relaxantes musculares, anticonvulsivantes, produzem dependência e reações de abstinência. Seu uso prolongado desenvolve dependência (BALLENGER,1998). O uso crônico das benzodiazepinas leva com frequência a um quadro de dependência e a uma síndrome de retirada (RICKELS et al.,2004).

5.3.2 Medicamentos Antidepressivos

Depressão normal e patológica: O termo depressão tem sido usado para descrever um estado emocional normal ou um grupo de transtornos específicos. Sentimentos de tristeza ou infelicidade são comuns em situações de perda, separações, insucessos, conflitos nas relações interpessoais e fazem parte da experiência cotidiana, caracterizam um estado normal. Como exemplo disso temos o luto, onde normalmente não há culpa e auto acusações que caracterizam os transtornos depressivos.

Nesta situação ocorrem disfunções cognitivas passageiras que desaparecem com o tempo sem ajuda, no entanto, quando tais sintomas não desaparecem espontaneamente, são desproporcionais á situação ou evento que os desencadearam, provavelmente o paciente é portador de um transtorno depressivo.

A depressão provavelmente está presente de modo universal nas variadas populações do mundo. É registrada desde tempos remotos e tem sido avaliada em muitos estudos epidemiológicos como sendo duas vezes mais prevalente em mulheres que em homens (ANGST, 2002).

Classificam-se em razão da sua estrutura química ou do seu mecanismo de ação podendo ser: Tricíclicos, inibidores seletivos da receptação da serotonina

(ISRS), inibidores de a monoamino oxidase (IMAO). Porém podem apresentar nos usuários efeitos colaterais, hipotensão postural, ganho de peso, boca seca, constipação intestinal, taquicardia, galactorreia, desencadeamento de diabetes (ALLSHULER et al.,1999).

Segundo Lydiand et al. (1998), os antidepressivos tricíclicos apresentam como drogas mais frequentes: Imipramina (Tofranil) com doses diárias/mg respectivamente, 100-300, Clomipramina (Anafrenil) 100-250, Amitriptilina (Tryptanol) 100-300 e Nortriptilina (Pamelon) 50-200.

Os medicamentos antipsicóticos ou neurolépticos atuam predominantemente no bloqueio de receptores da dopamina e serotonina (ALLSHULER et al., 1999).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Foi observado e discutido em reunião com a equipe:

- 1- Grande demanda de consultas a usuários que fazem tratamento de uso contínuo com medicações antidepressivos e psicofármacos;
- 2- Grande demanda de pacientes com síndromes depressivas, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, retardo mental, epilepsia;
- 3- Alto nível de pessoas com problemas sociais e econômicos que não conseguem resolver e ocasionam distúrbios mentais;
- 4- Relato de alteração do sono.

Sendo que as principais causas são devido a ausência de uma prática educativa para a população acerca de conscientização e informação do mesmo, sendo pontuados os principais:

- 1- Alto índice de pacientes com transtornos depressivos;
- 2- Problemas socioeconômicos;
- 3- Alto índice de desemprego;
- 4- Incidência de doenças mentais.

Consequências:

- 1- Alta probabilidade de ocorrência de danos ao sistema neurológico e hepático;
- 2- Dano a integridade física;
- 3- Dependência medicamentosa.
- 4- Disfunção familiar.

“Quadro 1 – Operações para redução do alto consumo de psicofármacos em Ouro Verde de Minas, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Alto consumo de psicofármacos por pacientes em Ouro Verde de Minas
Operação	Reorganização do processo de trabalho da equipe.
Projeto	Realização de ações planejadas pela equipe para melhorar o problema, com atividades de educação em saúde para a população e capacitação da equipe.
Resultados esperados	Diminuir o consumo excessivo de medicamentos pelo menos em um 30%, danos ao organismo fundamentalmente ao Sistema neurológico e hepático, evitar dependência medicamentosa e as conseqüências negativas sobre a família. Aumentar os atendimentos aos pacientes em nível individual, coletivo e em massa, com orientações sobre as conseqüências do alto consumo de psicofármacos. Ampliar o escopo de atuação da equipe de saúde da família a partir das informações recebidas durante as capacitações.
Produtos esperados	Uma melhora na qualidade de vida dos pacientes, substituir os atendimentos individuais com prescrição de medicamentos por ações de terapia ocupacional e atividades recreativas de lazer.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeiras, agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem. Responsável pela capacitação e palestras: médico e enfermeiro Responsável entrega panfletos: Agentes comunitários de saúde Quando: Junho/2015
Recursos necessários	Estrutural: Organização da estrutura de PSF, capacitação de enfermeiros e Agentes comunitários e auxiliares e técnicos de enfermagem Cognitivo: Distribuição de folhetos, realização de palestras, utilização da rádio comunitária. Financeiro: Apoio econômico da secretaria de saúde Político: Apoio da Secretaria de Saúde, Prefeitura e outras organizações.
Recursos críticos	Carência de Apoio financeiro para a realização de muitas atividades propostas, pouco apoio da Prefeitura.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal Motivação: Existe pouca motivação da Secretaria de Saúde e Prefeitura
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto e o levantamento do número de pacientes com utilização de psicofármacos.
Responsáveis:	Equipe de Saúde.
Cronograma / Prazo	Seis meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento destes pacientes na consulta e avaliação com psiquiatria.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluí-se que dentro da ESF é possível a realização de um atendimento adequado em saúde mental, e que este deva ir além das renovações de receitas, encaminhamentos a psiquiatras e entregas de psicofármacos. Para que este atendimento seja efetivado, as equipes necessitam ser capacitadas para lidar com a problemática apresentada, cabendo aos gestores o investimento de recursos financeiros para a elaboração de programas de assistência aos portadores de doenças mentais e seus familiares.

Assim, a população de Ouro Verde de Minas dentro do contexto familiar, na tentativa de conviver e respeitar as diferenças, na proteção e amparo dos mais fracos e de usuários dependentes do SUS e na busca e relações abertas, flexíveis, democráticas há muita coisa a fazer no que se diz a respeito a educação em saúde. Essas atividades educativas poderiam ser feitas pelos profissionais de saúde e, em especial, da ESF através de: aconselhamentos, diálogo, oficinas de expressão, desenvolvimento de trabalhos grupais, não somente para prevenir doenças, mas para inventar e reinventar a prática da atenção em saúde. Para tanto, a equipe de saúde precisa ampliar as suas relações com a comunidade retratada em toda sua rede social e familiar.

Observa-se ainda nessa dimensão que a saúde da família tem papel importante na conscientização e apresenta como objetivo, a melhoria da qualidade de vida e saúde das famílias vinculadas a equipe, entende-se dessa forma que os princípios da equidade, integralidade, e da participação social de um sistema de saúde estruturado, representam imperativos éticos, morais e científicos para a realização do direito à saúde e à solidariedade social.

Por fim, os desafios para atenção básica em saúde são múltiplos e explorá-los em todas as suas dimensões é um exercício que se alicerça no cotidiano dos serviços e avança para os demais planos do setor saúde. É preciso promover a organização da assistência em saúde mental nas UBS, implantando avaliações de risco e dispositivos de intervenção oportunos para a alta prevalência desses transtornos. Isso evitaria a redução dos tratamentos ao uso continuado de medicação. O apoio matricial mostra-se capaz de promover a integração da equipe de saúde mental à equipe da ESF, auxiliando também na articulação da rede de serviços de saúde quando adequadamente implantado.

Assim, a proposta principal do projeto de intervenção é proporcionar uma melhor qualidade de vida, além da valorização da população adscrita.

Cabe ao poder político local através da parceria com a Prefeitura Municipal buscar incentivar todo tipo de iniciativa cultural, que vise trabalhar os preconceitos com a pessoa doente e toda atividade solidária de grupos mais sensíveis e disponíveis.

REFERENCIAS

ALLSHULERLL, Cohen L, S zuba MP, Burt VK, leilin M, Mirtz J. Pharmacologic management of psiquiatric illness. Am J .Psy chiatric;153(5):592-606

AQUILLA, R. Management of weight going in patients with eschizofrenía J Clin Psichatry 2002; 63 (suppl 4):33-37

ANGST, J.et al Gender diferences in depression: epidemiological findings from the European Depres I and studies. EurArch Psychiatry clinNeurosci 252 (5):201-9,2002.

BALLENGER JC. Over View off different pharmaco therapies for attain ingremission in generalized anxiety disorder. JClin Psychiatric 1998;62 (suppl.19): 11-19

BANER MS, callahan AM, J ampala C, Petty F,B. Powell B J. Clinical pracicequidelines for bipolar disorders from the Departament of Veterans Affairs. JClin Psychiatry 1999; 60(1);9-2

BRASIL, MS - *Pacto pela Saúde – Política Nacional de Atenção Básica*. Volume 4. 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório de Situação: Minas Gerais**. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília, p. 13-14, 2007.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Brasília; 2012. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 12 de janeiro, 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2015.

BURIN, Mabel e ed: El malestar de las mujeres, la tranqüilidade recetada partell, Ed Paidós, Buenos Aires,1990.

CANADIAN, Clinical practice quidelines for tratament of eshizophrenia. The Canadian Psychiatric Association (CPA).Can J Psychiatry 1998;43 Suppl 2:25 S -40.

GIOVANELLA, LIGIA. **A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990**. Cad. Saúde Pública vol.22 no. 5 Rio de Janeiro Maio 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Pactos Pela Saúde. **Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Brasília. 2006.**

(OPAS/OMS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.**

Março 2005.

PEREIRA, A. L. Educação em saúde. In: Ensinando a cuidar em Saúde Pública. Difusão, 2003.

RICKELS, Karl, Richard Mangano, and Arifulla Khan "A double-blind placebo controlled study of a flexible dose of venlafaxine ER in adult out patient with generalized social anxiety disorder", *journal of clinical psychopharmacology* 24.5(2004):488-496.

ROCHA, Bruno Simas da; WERLANG, Maria Cristina. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, Nov. 2013.

SANTANA, M.L.CARMAGNANI, M.I. **Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens.** Sao Paulo, 2001.

SILVA, M. O. Plano educativo. In: **Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar.** São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

STARFIELD, BÁRBARA. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/Bárbara Starfield.** – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726p.

SHELTON, MD, Rapport DJ, Kimmel. SE. Bipolar disorder sand the effectiveness of novel anticonvulsivantes. *JClinspsychiatry* 2002; 63 (supp (3):5-9.

