



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Franklin Lopes Pereira

Educação em Saúde: uma estratégia no combate ao uso
desordenado de psicotrópicos por pacientes com
transtorno psiquiátrico, da população adstrita da
Unidade Básica de Saúde 03 do município de Grão
Pará, SC

Florianópolis, Março de 2018

Franklin Lopes Pereira

Educação em Saúde: uma estratégia no combate ao uso
desordenado de psicotrópicos por pacientes com transtorno
psiquiátrico, da população adstrita da Unidade Básica de Saúde 03
do município de Grão Pará, SC

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: Sheila Rubia Lindner
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Franklin Lopes Pereira

Educação em Saúde: uma estratégia no combate ao uso desordenado de psicotrópicos por pacientes com transtorno psiquiátrico, da população adstrita da Unidade Básica de Saúde 03 do município de Grão Pará, SC

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.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Sheila Rubia Lindner
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: A Saúde Mental ainda é vista como algo distante de ser alcançado, principalmente pelos familiares dos pacientes com transtornos mentais. A Reforma Psiquiátrica, deixa a desejar, pois, atende com mais prioridade os pacientes com diagnósticos definidos; relevando os pacientes como os usuários de álcool ou drogas. Essa exclusão faz com que desestruture a família e a mantenha refém de suas preocupações. Objetivos: promover a educação em Saúde, para os profissionais de saúde e comunidade da Estratégia de Saúde da Família 03, na zona urbana do município de Grão Pará – SC acerca do tema, além de Realizar 02 ciclos de palestras quinzenalmente, embasados na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM); Incentivar os pacientes a aderirem ao tratamento adequado, orientar a prática do autocuidado, combater o uso desordenado de psicotrópicos, contribuir com atividades que promovam a saúde aos indivíduos com fatores de risco para o Transtorno Mental; fortalecendo o vínculo entre a ESF e a comunidade; realizar busca ativa de casos, favorecendo um prognóstico positivo. Metodologia: será feito o levantamento de artigos científicos para embasar o trabalho. Serão realizadas ações como palestras educativas, objetivando preparar os familiares para lidarem com os pacientes com algum tipo de transtorno mental, evitando a estigmatização e o isolamento do mesmo pela sociedade; reforçando as atribuições de cada profissional inserido na atenção básica, mais especificamente aos profissionais da ESF e NASF. Resultados Esperados: de acordo com as ações desenvolvidas, possa ser garantido o atendimento do paciente com transtorno mental de forma humanizada.

Palavras-chave: Acolhimento, Saúde Mental, Transtornos Mentais

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
4	METODOLOGIA	27
5	RESULTADOS ESPERADOS	29
	REFERÊNCIAS	31

1 Introdução

Em 21 de junho de 1958, Grão Pará – SC, foi elevado à categoria de município. Mas em divisão territorial datada de 31 de dezembro de 1963, o município é constituído de 3 distritos: Grão Pará, Aiurê e Invernada. Assim permanecendo sua divisão territorial. Localizado na micro região de Tubarão, distando 180 km da capital do estado, tem população de 6.223 habitantes e com estimativa para o ano de 2016 de 6.507 hab., apontando uma taxa de 0,9% de crescimento populacional ao ano (IBGE, 2010). Grão Pará é um município de pequeno porte que tem como atividade econômica principal o agronegócio, está firmada na suinocultura e na agricultura, tendo como cultura básica o fumo, seguida pelo milho e feijão. Destaca-se, também, pela fruticultura, piscicultura, apicultura, na pecuária com a criação de bovinos e produção de leite, além da avicultura com a criação de aves para o abate. O comércio é bastante diversificado, representado por supermercados, lojas de calçados e roupas, banca de jornal, restaurantes, postos de gasolina, salões de beleza, representações comerciais, bares, etc. Também existem as atividades do setor industrial onde possui indústrias madeireiras, de ataúdes (urnas mortuárias), de molduras, de produtos de alumínio, de confecções e prestação de serviços em facção, granja com abatedouro, atafonas e engenhos de açúcar (CÂNDIDO et al., 2010)(GPM, 2014). O município de Grão Pará, Santa Catarina, conta com uma sede da prefeitura, delegacia, escolas públicas, pequenos comércios para a comercialização dos produtos produzidos na região (todos fiscalizados pela Vigilância Sanitária Municipal) ruas pavimentadas e iluminação pública adequada em sua totalidade apenas na zona urbana, na zona rural existe iluminação, mas não em sua totalidade e as vias principais possuem pavimentação asfáltica, porém a maioria das vias de acesso entre zona urbana e zona rural predomina como de chão batidos, característica geral de todos os municípios brasileiros. Há três praças para recreação na cidade sendo que uma conta com a academia pública socializando a prática de atividade física para a população, porém observa-se que mesmo com o aumento da demanda, ainda não atingiu a expectativa de número de frequentadores da academia na praça, a população ainda prefere a caminhada como atividade física. As residências na cidade e na zona rural são fabricadas em 50% de madeira e 50% de concreto. O abastecimento de água de responsabilidade do Serviço Autônomo Municipal de água e Esgoto, através de 04 reservatórios, sendo 02 na sede e 02 no distrito de Aiurê, Com um consumo médio de 11.000 metros cúbicos por mês. O município não possui rede de esgoto sanitário. O esgoto é despejado nos rios Braço Esquerdo e Pequeno, ocasionando danos ao meio ambiente e favorecendo doenças em decorrência de contaminação da água e proliferação de outros vetores (GPM, 2014).

Conforme dados coletados em reuniões de equipes de Saúde da Família de Grão Pará as doenças com maior prevalência na comunidade são as os transtornos psiquiátricos

como a depressão, transtorno bipolar, dentre outros associado ao uso de substâncias como medicamentos controlados indevidamente, sendo um município marcado pelo alto índice de suicídios.

Conforme dados coletados durante trabalhos realizados em atendimentos à comunidade se pôde observar que como doenças crônicas também se observam a hipertensão e a diabetes que são patologias associadas ao estilo de vida e a hereditariedade. Em seguida os caso de DST'S como casos de sífilis e HIV. Na unidade da ESF 03, cenário da pesquisa, há o predomínio das mesmas doenças, seguindo o padrão do resto da cidade sendo comuns os problemas psiquiátricos e o uso irrestrito e inadequado de medicamentos psicotrópicos. Há um grupo maior de usuários de drogas e DST'S por ser uma população de menor poder aquisitivo e nível educacional. Porém vale ressaltar que no município não há conhecimento de conflitos de terras ou de ruas, caracterizando o município como uma cidade segura.

Conforme dados coletados com as equipes de saúde de cada estratégia o município conta com cobertura de 100% da área urbana e rural pelas equipes de ESF, dados coincidentes com os mencionados no relatório de atenção básica, o qual possui 03 equipes de Saúde da Família, distribuídas no município, sendo 2.094 famílias cadastradas em sua totalidade, as quais são assim cadastradas: na ESF 01 (zona rural); com um número de 652 famílias cadastradas, ESF 02 (zona rural); com 604 famílias cadastradas e o número de famílias cadastradas na ESF 03 (zona urbana) é de 838 famílias (BRASIL, 2017).

Em reuniões de equipes se pôde observar a composição, dando uma visão geral da organização do trabalho, entre outros trabalhadores do SUS, existem atuando no serviço público municipal 03 equipes de saúde bucal, sendo que as 3 atende a zona urbana e que um dia na semana se deslocam 2 equipes à na zona rural para realizar atendimento, 03 equipes de ESF (01 zona urbana e 02 zona rural), cujas equipes também existem os seguintes profissionais: cada equipe é composta por 2 médicos total de 6 , 1 enfermeiro total de 3 , 1 técnico de enfermagem total 3 e 16 agentes comunitários de saúde (ACS). A ESF 03 (a qual sou integrante, como médico do Programa Mais Médico) fazem parte da equipe cinco ACS, 01 Enfermeira e 01 Técnica de Enfermagem, 01 dentista e uma auxiliar.de consultório dentário. Na zona rural do município a equipe de saúde bucal atende uma vez por semana, através de cronograma elaborado pela equipe de saúde bucal e apresentado para a sociedade em geral.

Quanto a população de abrangência, segue:

ESF 01- população de abrangência: 1981 habitantes.

ESF 02- população de abrangência: 1965 habitantes.

ESF 03- população de abrangência: 2559 habitantes, totalizando 6.505 hab. Acima da estimativa populacional para o município segundo o censo do IBGE de 2010, ocupando a posição de 166^a cidade mais populosa de Santa Catarina (IBGE, 2010).

Conforme informações prestadas por equipe de gestão de Saude o município possui uma Unidade de Saúde Central (onde as ESFs 01 e 02 são vinculadas, vale reforçar que

as referidas equipes atuam na zona rural do município. e que nessa unidade funcionam a farmácia municipal, a sala de vacina, a Secretaria de Saúde, O centro de epidemiologia e a coordenação do NASF. Em quanto a Equipe de ESF 03 possui uma sede própria, localizada no bairro chamado Vila Esperança. Como ponto negativo, no município não há hospital e maternidade. O hospital mais próximo é o da cidade de Braço do Norte (Santa Terezinha) que dista 12 km da sede do município, e o hospital de Tubarão distante de Grão Pará há 50 km. Os partos são encaminhados para primeira referência. Os prenatais de alto risco são encaminhados para a cidade de Tubarão. Em caso de problemas neonatais, são encaminhados para Florianópolis-SC (180 km de distância) ao Hospital Carmelia Dutra. Diante do exposto os profissionais precisam identificar precocemente as complicações para agilizar em tempo hábil a transferência de pacientes com risco eminente de morte, mesmo sem equipamentos de ponta para um diagnóstico mais preciso.

Os serviços de saúde existentes no município se baseiam nas 3 equipes de ESF e equipe do NASF ,pode –se contar ainda com um laboratório particular em regime de contratualização que presta serviços ao SUS e outro laboratório particular, por iniciativa própria, faz descontos em exames aos pacientes provenientes do SUS.

O acesso dos pacientes aos serviços de saúde por demanda espontânea, porém, já se planeja um Cronograma de agendamentos, sendo difícil a quantificação em números de atendimentos de cada equipe. Em caso de necessidade de referenciar um paciente para um serviço de especialidade inexistente no município, se faz uso do sistema nacional de regulação – SISREG para encaminhamentos e agendamentos em centros especializados.

Em relação ao apoio psicossocial, não possui Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), em decorrência do numero de habitantes do município que não alcança o mínimo necessário e até o momento da elaboração do presente trabalho não foi firmado um consórcio de implantação de um CAPS entre os municípios circunvizinhos. Os casos de doenças mentais são atendidos inicialmente pela rede psicossocial com acompanhamento inicial do medico da ESF e profissionais do NASF. Tendo necessidade de internação ou acompanhamento por profissional psiquiatra, é realizado o encaminhamento aos centros psiquiátricos das cidades de Laguna-SC, Lauro Muller-SC ou Urussanga –SC.

Em dados coletados com a gestão em saúde do município em casos de urgência e emergência é feito o encaminhamento do paciente para um centro de maior complexidade, que é o hospital da cidade de Braço do Norte-SC, Rio Fortuna - SC ou Tubarão - SC; sendo a referência inicial o Hospital Santa Terezinha (Braço do Norte). Para os transportes dos pacientes o município conta com uma ambulância. Mas não é Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), porquanto o serviço do SAMU-192 mais próximo é localizado na cidade de Braço do Norte a 12 km o que dificulta o atendimento aos pacientes de risco /graves. Diante do exposto, percebe-se claramente a necessidade de mudanças para buscar aperfeiçoar os serviços. Para tanto, pode-se relacionar o que seria necessário para isso.

- A obtenção de um tomógrafo, eletrocardiógrafo e aparelho de rx para fechamento de diagnóstico, o que evitaria a transferência do paciente para a realização de uma tomografia computadorizada;
- Utilização dos protocolos nos atendimentos e de acordo com suas especificidades;
- Capacitação das equipes para melhorar a agilidade no atendimento e consequentemente diminuir o tempo de espera;
- Organização do fluxo de atendimento com diminuição do tempo de espera;
- Capacitação os profissionais envolvidos na triagem e classificação de risco para realizarem uma reclassificação do paciente a fim de organizar o fluxo;
- Adequação da estrutura física com espaço suficiente para atendimento em tempo oportuno do paciente já classificado;

PROBLEMA:

O Transtorno Mental (TM) é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema mundial de saúde pública, devido ao sofrimento que o paciente enfrenta a angustia da família em saber que é uma patologia que não tem cura e que precisa de cuidados prolongados, bem como o risco que o paciente em surto pode apresentar para a sociedade e para si próprio (OMS, 2010).

Os Transtornos Psiquiátricos podem ser variados, tais como: Esquizofrenia, Delirium, Demência, Depressão, Transtorno Bipolar, Paranoia, Mania e os transtornos decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas. A complicação do transtorno se dá devido a exacerbação da patologia, a resistência de alguns pacientes ao tratamento e ao diagnóstico tardio ou incorreto da patologia. Neste contexto, os efeitos iatrogênicos, bem como o risco do uso desordenado de medicações psicotrópicas, podem agravar o quadro do paciente, podendo levá-lo ao óbito(OLIVEIRA; PEDROSO, 2014).

Diante da situação surge a seguinte questão norteadora: Como contribuir para a qualidade de vida da pessoa com transtorno psiquiátrico, combatendo o uso desordenado de psicotrópicos, na área adstrita de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Grão Pará, Santa Catarina (SC).

Segundo o Caderno de atenção básica nº 34, Saúde mental (MINISTERIO DA SAÚDE 2013,)” A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa (BRASIL, 2013).

JUSTIFICATIVA

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza que os serviços de saúde, devem estar o mais próximo da população adstrita de forma que a acessibilidade não impeça que a assistência seja prestada ao paciente, incentivando os municípios a implantarem as equipes de ESF para que se efetive esse processo e colabore para a qualidade de vida de seus munícipes. Dentre os casos acompanhados pela ESF, o atendimento multiprofissional do paciente com algum tipo de TM é imprescindível para a sua qualidade de vida; e as equipes de ESF sendo capacitadas e estando sempre disponíveis é essencial para melhorar o prognóstico do paciente (BRASIL, 2011). Pois a Saúde Mental não deve ser dissociada da saúde geral, cabendo aos profissionais da Atenção Básica reconhecer, acolher e ofertar uma assistência humanizada e eficaz para essa demanda. Sabe-se que a automedicação é um problema que leva os pacientes a terem prejuízo na sua saúde, principalmente se o medicamento não for adequado ao tipo de transtorno psiquiátrico (BRASIL, 2013).

A equipe de ESF, além de desenvolver outras ações, enfatiza a Promoção de Saúde e a prevenção de doenças, e na questão da Saúde Mental, diminuindo os prejuízos para o governo através de gastos excessivos com a saúde e, sobretudo danos na vida da população que depende desse processo. Uma vez que a prevenção é notoriamente mais econômica e fácil de realizar, do que executar o tratamento medicamentoso, internações psiquiátricas ou realizar exames laboratoriais. Com o agravante de pacientes que apresentam frequentes surtos psiquiátricos, ou uso desordenados de psicotrópicos, os quais podem ocasionar alterações Neurológicas, psicológicas e fisiológicas no indivíduo.

Sabe-se que Educação em Saúde é uma relevante e eficaz ação de Promoção de Saúde, cuja prática possibilita a socialização de uma concepção ampla de saúde, principalmente quando a população é carente de informação no que se referem aos Transtornos Mentais, surtos psicóticos, redução de danos, complicações do uso desordenado de psicotrópicos, a inserção da família no tratamento e ao autocuidado. A prática aqui apontada torna-se também relevante por fortalecer o elo de confiança entre a comunidade e equipe multiprofissional (fator primordial para atingir a proposta dos princípios do SUS), pois, sem confiança os usuários não expõem suas reais necessidades, muito menos não aderem ao tratamento de forma correta, promovendo uma demora no diagnóstico da doença e, portanto comprometendo o prognóstico (BRASIL, 2010).

Ao prestar uma assistência em município de pequeno porte, a equipe de ESF enfrenta diferentes fatores como sociais, culturais e econômicos que tornam-se barreiras para executar as ações de prevenção e promoção de saúde, cabendo aos profissionais da ESF, os gestores e a comunidade, juntos, elencarem propostas que superem essas barreiras (BRASIL, 2009).

Assim, pretende-se implantar o projeto de intervenção **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma estratégia no combate ao uso desordenado de psicotrópicos pela população adstrita na Unidade Básica de Saúde 03 do município de Grão Pará, SC.**

Intervindo-se na questão norteadora, realizando-se dois ciclos de palestras sobre Saúde Mental, primeiramente direcionado aos profissionais de saúde, no qual serão abordados os quadros psiquiátricos e suas complicações, tratamento e prevenção e neste contexto serão inseridos os riscos referentes ao tabagismo, alcoolismo, uso abusivo de outras drogas, bem como o uso desordenado de psicotrópicos, dieta inapropriada, sedentarismo, resistência à terapia e a importância da inserção da família no tratamento do paciente psiquiátrico. No segundo momento será realizado o ciclo de palestras para a comunidade, com os temas referenciados anteriormente, porém utilizando-se de linguagem popular para uma boa aceitação da comunidade em questão e focar a inserção da pessoa com TM na sociedade.

A referida intervenção faz-se necessária devido à observância no decorrer das consultas diárias e na demanda do município que aponta uma grande incidência de pessoas com algum tipo de transtorno mental, um elevado número de indivíduos com prática de uso desordenado de psicotrópicos, a maioria por questões culturais, outros que não seguem as orientações repassadas no decorrer das consultas com a equipe multidisciplinar; além dos indivíduos que fazem parte do grupo de risco, que não se consultam com frequência ou que nunca foram à unidade de saúde, mas que possuem algum tipo de transtorno. Além do agravante que se automedicam.

Ao terem acesso a informação fidedigna, poderão evitar complicações graves de saúde, além de multiplicar essa informação, socializando com outros membros da família e contribuir com a continuidade do tratamento dos mesmos no ambiente domiciliar. Bem como fortalecer a relevância da consulta médica de rotina, pelo menos trimestral ou conforme a necessidade do caso, para os indivíduos resistentes ao tratamento.

Na execução do presente Projeto de Intervenção (PI) serão envolvidos: a equipe multidisciplinar da ESF (médico, enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde (ACS)), Equipe de Saúde Bucal, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os gestores e os técnicos da Secretaria Municipal de Grão Pará - SC. Também serão inseridos na participação para elaboração, implantação e execução do PI, a própria comunidade, pois, seus integrantes são os protagonistas na realização de políticas públicas, que visem melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Promover a educação em saúde através da socialização das informações acerca dos transtornos mentais, para os profissionais de saúde e comunidade da Estratégia de Saúde da Família 03, na zona urbana do município de Grão Pará – SC, tendo como benefício maior eficácia na prevenção de surtos psiquiátricos e no combate ao uso desordenado de psicotrópicos.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar 02 ciclos de palestras de forma quinzenal, unificando as informações acerca dos transtornos mentais, conforme as orientações do Ministério da Saúde (MS), preconizadas na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), aos profissionais e a comunidade da ESF 03, no município de Grão Pará-SC;
- Incentivar os pacientes a aderirem ao tratamento adequado de acordo com o transtorno mental, focando a frequência nas consultas.
- Orientar corretamente a prática do autocuidado, envolvendo familiares, combatendo o uso desordenado de psicotrópicos para melhorar a qualidade na assistência aos pacientes com transtorno mental;
- Desenvolver atividades que promovam a saúde aos indivíduos com fatores de risco no transtorno mental, promovendo a construção e o fortalecimento do vínculo entre a ESF e a comunidade, especificamente com os pacientes com transtorno mental e familiares.

3 Revisão da Literatura

Desde o início da história da humanidade, o homem busca a sua sobrevivência, e entre erros e acertos aprendeu de forma empírica, meios para a manutenção do corpo e com a evolução de seus conhecimentos através do advento da ciência, perpetuar a sua existência em uma cronologia natural nas fases da vida. E quando existe alguma intercorrência patológica nessas fases, o homem procura de alguma forma promover a recuperação de sua saúde (MARQUES, 2006).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza que os serviços de saúde, devem estar o mais próximo da população adstrita, de forma que a acessibilidade não impeça que a assistência seja prestada ao paciente. Isso incentiva os municípios, na pessoa dos governantes, a implantarem as equipes de ESF para que se efetive esse processo; e assim colabore para a qualidade de vida de seus munícipes. Dentre os casos acompanhados pela ESF, o atendimento multiprofissional do paciente com algum tipo de transtorno mental(TM) é imprescindível para a sua qualidade de vida e para melhorar o prognóstico do paciente (BRASIL, 2011).

Os anos fizeram com que a sociedade pudesse refletir e vê que o indivíduo faz parte dela e não adianta querer excluí-lo desse espaço. De acordo com a reforma psiquiátrica, a família passou a ser trabalhada para contribuir de forma eficiente para a inserção desse paciente na sua convivência. Conforme diz Vasconcelos (2010):

A reforma psiquiátrica não amplia a atenção a todos os pacientes com transtorno mental, visto que com a desativação dos leitos o paciente psiquiátrico voltará ao convívio familiar, porém, o usuário de álcool e outras drogas não farão parte dessa estatística; o que faz com que se crie outras categorias de pacientes que merecem também atenção. Dentre esse pacientes existem ainda aqueles que tem transtorno de ansiedade, de comportamento, de humor, dentre outros, além de adolescentes em conflito.

Levando em consideração a Reforma Psiquiátrica no Brasil e o atendimento ao paciente com transtorno mental, a história aponta que até a década de 80 mais de 100 mil pessoas viviam em manicômios em um passado negro, perpassando a idade das trevas, de sofrimentos, mortes, mutilações, cárceres, correntes e abandono do governo e pela própria família até a atual conjuntura onde a saúde mental é tratada como problema de saúde pública (ROSA, 2003).

Através da Reforma Psiquiátrica, o atendimento ao paciente com TM, foi juridicamente amparado, onde foram implantados serviços e tratamentos mais eficientes e humanos, porém, ainda com predominância ao isolamento, não através de correntes, mas do isolamento social; uma vez que o paciente psiquiátrico, mesmo com as mudanças no modelo assistencial ao longo dos anos, ainda é visto como um indivíduo avesso à sociedade;

não pertencente a mesma.

Segundo o [Brasil \(2013\)](#), a prevalência de transtornos mentais na população brasileira está em torno de 21,4%, se levarmos em conta a essa estimativa, no município de Grão Pará, considerando a população de 6.223 hab. ([IBGE, 2010](#)) no município possui 1.331 pessoas com algum tipo de transtorno mental, estimativa alarmante e que precisa de atenção dos profissionais da Saúde e a sociedade em geral. O indivíduo com TM é excluído dela e que precisa de seu próprio espaço para viver, de forma que não incomode os outros que o cercam. A exclusão do paciente o fez ser visto como um grande problema que desestrutura a família e a mantém refém de suas preocupações.

Buscando-se mudar esse panorama, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) convocada pelo decreto presidencial em abril de 2010, realizada no período de 27 de junho a 01 de julho de 2010, em Brasília- DF, tendo como tema “Saúde Mental, Direito e Compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” possibilitou o reforço do apoio familiar na inserção dos pacientes psiquiátricos no ambiente familiar e comunitário, considerando que a família é uma grande incentivadora para o paciente. Estando com os familiares o paciente se sente acolhido e importante. Esse avanço na Saúde Mental mostra que a responsabilidade para com os pacientes psiquiátricos não é apenas do Estado, mas da sociedade e, sobretudo da família ([BRASIL, 2010](#)).

A família deve ser chamada a responsabilidade de assumir o paciente e inserí-lo no convívio familiar de forma que ele não se sinta um problema para ela e para a comunidade na qual ele vive.

Por longos anos essa responsabilidade foi atribuída fortemente ao Estado, ocasionando um grande número de manicômios e enormes demandas de pacientes com longas internações, cronificando a doença, alguns pacientes perderam o vínculo com seus familiares, a liberdade, a identidade e a cidadania ([BRASIL, 2004](#)).

A Cidadania que passou a ser conquistada pelas pessoas com TM, com muita luta e marcada pela presença de movimentos sociais que contribuíram para uma nova concepção de loucura. A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1987, além de outros eventos, contribuiu para desmistificar a ideia de que o paciente psiquiátrico deveria ficar preso entre grades e restrito ao uso de medicações. Mais dois eventos foram inovadores nesse momento de transformação da assistência psiquiátrica brasileira; o primeiro foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, esse último norteou a implementação de novas ações nas práticas e cuidados oferecidos às pessoas em sofrimento psíquico. Proporcionando o Movimento de Luta Antimanicomial, provocando toda a sociedade para discutir e reconstruir o tratamento da loucura, cuja luta apresenta o lema: Por uma Sociedade sem Manicômios, marcando o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial ([BARROSO; SILVA, 2011](#)).

Mas foi através do projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado federal mineiro, do Partido dos Trabalhadores, Paulo Delgado, que houve a proposta de extinção dos manicômios

e sua substituição por serviços extra – hospitalares, luta pela transformação do poder psiquiátrico, onde foi aprendido que não basta humanizar hospitais e asilos; mas, tentar torná-los lugares mais terapêuticos e sem abusos, pois, não tocamos nas exigências da sociedade vigente que tentam silenciar e segregar a diferença colocada pelo sofrimento psíquico (BRASIL, 2013).

Há trinta anos, com a criação no Brasil do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o primeiro implantado em 1986, na cidade de São Paulo, com a nova forma de compreensão sobre a loucura e de intervenções mais adequadas para o tratamento do TM, abrangendo no tratamento a condição humana social, política e cultural do indivíduo, havendo uma preocupação em que o cuidado ao paciente seja uma sustentação cotidiana das situações sociais vivenciadas, visando a uma participação mais ampla, que inclua o atuar do indivíduo como sujeito. Serviço Implantado através da Portaria GM 224/92 e atualmente regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004).

Com essa nova regulamentação os serviços dos CAPS foram ampliados; e reconhecendo sua complexidade, passou a ofertar melhor a assistência na missão de atender as pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes. Infelizmente, em muitos municípios brasileiros ainda não foram implantados, pois, a regulamentação estabelece que haja um perfil epidemiológico do município, que associado ao número da população mínima para ser implantado um tipo de CAPS (CAPS – I: municípios com 20.000 a 70.000 habitantes; CAPS – II: 70.000 a 200.000 habitantes; CAPS – III: com 200.000 ou mais habitantes; CAPS - i(infantil): a partir de 200. 000 habitantes e CAPS ad(álcool e drogas) a partir de 100.000 habitantes) .(BRASIL, 2004).

As regulamentações vigentes prevê que haja a implantação de um CAPS de maior complexidade, através da realização de um consórcio entre gestores municipais circunvizinhos e abrangendo um maior numero de usuários a serem atendidos. Vale citar que esses marcos importantes, novo modelo assistencial e os direitos estabelecidos a PCTM, ainda não aboliram por total o sofrimento do paciente psiquiátrico (BRASIL, 2004). Dessa forma os municípios menores podem agrupar-se e financiar o atendimento psiquiátrico de seus municípes em município de grandeporte. Isso facilita o atendimento ao paciente com TM e dar suporte técnico ao município menor.

Mas o que leva os indivíduos a sofrerem com os problemas referentes à saúde mental na sociedade contemporânea? Sabe-se que muitos avanços na área jurídica, saúde, educação, habitação e social contribuíram para a qualidade de vida das PCTM através de serviços disponibilizados, medicamentos mais acessíveis e drogas sintetizadas potentes, bem como as terapias complementares aplicada de forma humanizada, que mesmo com a eficácia comprovada, como uma estratégia complementar ao tratamento, alguns indivíduos optam por não aderirem ou simplesmente querem a resolução do seu problema de imediato, ou seja, a cura; porém, em muitos casos o acompanhamento é contínuo e por toda a vida do paciente (BRASIL, 2013).

Além disso, nos CAPS devem ser atendidos os casos de TM severos, por isso existe a triagem na instituição, mas, acabam por terem que atender do paciente com quadro clínico mais leve ao mais severo, necessitando de uma melhor abordagem pela equipe multiprofissional para avaliação desse paciente. Tantos os profissionais da rede de saúde como a sociedade, deve saber informações acerca das doenças mentais e os tipos de tratamentos, o tempo de tratamento, o que certamente contribuirá para a qualidade de vida dos pacientes, e buscando promover o acesso aos serviços existentes. Ao socializar as formas de acesso também há a contribuição, no sentido de organizar a demanda diária nas instituições (BRASIL, 2004).

A demanda diária do CAPS apresenta pacientes em diversos estados da doença: surtos, delírios, agressividade, etc. Como uma das missões do CAPS é a inclusão social, os pacientes ficam todos no mesmo ambiente, e aqueles que apresentam um TM mais leve pode ficar mais angustiado e nunca mais aderir ao tratamento. Neste caso, o ideal é o acompanhamento pela própria ESF de referência, e quando não existe o serviço do CAPS no município, a exemplo de Grão Pará (não possui o serviço de CAPS pelo número de habitantes do município que não alcança o mínimo necessário), todos os casos são acompanhados inicialmente na ESF e também pelo NASF (GPM, 2014).

Os casos persistentes com necessidade de internação ou acompanhamento por profissional psiquiatra são encaminhados aos Centros Psiquiátricos em outros municípios: Laguna, Lauro Muller ou Urussanga, todos no estado de Santa Catarina. Em caso de urgência ou emergência os pacientes são encaminhados para atendimento hospitalar no Hospital da cidade de Braço do Norte-SC, Rio Fortuna-SC ou Tubarão-SC (sendo nossa referência inicial o Hospital da Cidade de Braço do Norte (Hospital Santa Terezinha). Como o município não tem hospital, em caso de necessidade de referenciar um paciente para um serviço de especialidade inexistente no município, se faz uso do Sistema Nacional de Regulação – SISREG para encaminhamentos e agendamentos em centros especializados. Ao acolher-se na ESF a pessoa com TM, promove-se o acesso do indivíduo aos serviços de saúde, porém, acolher essa pessoa na Atenção Básica, necessita-se de preparo técnico e científico de toda a equipe; não somente para o médico; principalmente na identificação dos casos mais graves, pois, a rápida identificação de um caso de depressão grave pode salvar a vida de alguém que mesmo em silêncio clama por socorro (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRÃO PARÁ/SC,2017).

Não se deve esquecer dos TM em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, que tem como sintomas secundários à condição clínica do TM, que para os casos mais graves, a partir de 2002, passaram a ser referenciados para os CAPS ad (BRASIL, 2004).

O alcoolismo é um conjunto de disfunção biológica, psicológica e social, diretamente relacionada a dependência do álcool. Estima-se que 20 milhões da população brasileira são dependentes do álcool, grande parte não recebem tratamento médico (alguns dão entrada nos serviços de urgências apenas quando apresentam crises de abstinência (rebaixamento

do nível de consciência, convulsões, delírios, depressão, agressividade, tremores, sudorese, câimbras, etc) e não aceitam tratamento contínuo, evadindo-se das instituições antes da alta hospitalar). O alcoolismo é notório ao identificar que o indivíduo passa a consumir bebidas alcoólicas diariamente, descontrolada e compulsivamente. Quando o etilista passa um período prolongado sem praticar seu vício, apresenta os sintomas de abstinência. A prevenção das complicações de todo tipo de TM, o combate da crônificação da doença e a persistência de episódios de surtos psicóticos, devem ser tratados com prioridades na ESF, além de serem considerados como grave problema de saúde pública em todos os níveis de tensão, e sobre tudo envolver a sociedade no contexto da Saúde Mental (OLIVEIRA; PEDROSO, 2014).

Em relação ao fácil acesso aos medicamentos que pode prejudicar o indivíduo através da automedicação, ou o uso indiscriminado de psicotrópicos, percebe-se que pacientes tornam-se dependentes de medicações, principalmente ansiolíticos. Essa dependência faz com que o indivíduo viva em função da tomada dessas substâncias. Os psicotrópicos são medicamentos que agem no Sistema Nervoso Central (SNC), produzindo alterações de comportamento, percepção, pensamento e emoções, e podem levar à dependência em alguns casos. São prescritos a pessoas que sofrem de transtornos emocionais e psíquicos (DALL'AGNOL, 2004) .

O aumento do número de prescrições e uso indiscriminado, efetiva a relevância da questão norteadora do presente trabalho, devido aos riscos que esses medicamentos acarretam a curto e longo prazo ao paciente. Conforme abordado, a problemática do uso indiscriminado de psicotrópicos, chama a atenção de órgãos internacionais, como a OMS, o Internacional Narcotics Control Board (INCB), onde o alerta mostra que os países precisam se mobilizar para resolverem a situação. No Brasil, esse alerta foi reforçado por estudos que mostraram uma grave realidade relacionada ao uso de benzodiazepínicos conforme abordado nesse trabalho (MOURA et al., 2016).

Por outro lado, a crescente demanda na ESF 03 por receitas de psicotrópicos, podem contribuir positivamente para o diagnóstico de novos casos de TM e não apenas atentar para a possibilidade de desenvolver dependência, porém, essa possibilidade não deve ser diminuída principalmente quando apresenta fatores de risco, tais como doenças psiquiátricas sem diagnóstico fechado, uso inadequado de medicações por idosos e usuários mais jovens, usuários de drogas, ou busca de alívio de estresse ou de distúrbios do sono.

Também deve-se atentar para os riscos de overdose com psicotrópicos, comum entre as tentativas de suicídio, associados ou não a outras substâncias. Desse modo, o controle desses fatores de risco ganha um forte aliado, pois, devido à proximidade com famílias e comunidades, as equipes da ESF, que desenvolvem suas atividades na Atenção Primária em Saúde (APS), atuam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como: agravos vinculados ao uso abusivo de álcool ou outras drogas, problemas vinculados à violência, estratégias de redução de danos, casos

de transtornos mentais severos e persistentes e diversas outras formas de perigos na saúde dos indivíduos (MOURA et al., 2016)

. Os perigos na saúde dos indivíduos devido aos problemas relacionados com o uso indiscriminado de medicamentos ocorrem frequentemente na sociedade mundial. Dentre esses perigos a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) cita a Intoxicação medicamentosa, as reações adversas decorrentes da interação medicamentosa e o mais comum e também um dos mais graves: a automedicação (ARRAIS et al., 1997)

. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde é considerada como a ausência de doenças, mas o perfeito bem estar, físico e psicossocial (PAULO; ZANINI, 1988). Este conceito desperta a reflexão sobre quem está realmente é saudável? Em um mundo com alto índices de poluição, violência e com escassez de recursos naturais, surgindo constantemente novas doenças cada vez mais difíceis de se descobrir a cura, e outras já existentes, faz perpetuar antigos problemas de saúde e muitos agravos, pela conduta inadequada do profissional no início dos sinais e sintomas da doença.

Os surtos primários em jovens com esquizofrenia, por exemplo, podem-se iniciar com períodos de retração social e queda do rendimento escolar, acompanhado de delírios ou alucinações. Lembrando que delírios são crenças, aceitáveis ou não, que apesar de se basearem em evidências ambíguas, ou até mesmo bizarras, são mantidas pela pessoa com uma convicção que não é compartilhada por outras pessoas, aumentando a angústia do paciente. As alucinações, que por vezes estão na raiz dos delírios, são alterações do senso de percepção do real, vividas como realidade pela pessoa. As pessoas também podem apresentar desorganização no discurso e do comportamento. Esses sintomas aparecem no início do quadro clínico (BRASIL, 2013).

Outros quadros psicóticos combinam-se com alteração do humor. São as psicoses afetivas mencionadas na Classificação Internacional da Atenção Básica. Os delírios e alucinações podem surgir em um contexto de fortes sintomas depressivos. Ou ainda do que chama-se de sintomas maníacos. A mania, nesse sentido, é um oposto da depressão. Caracteriza-se por uma sensação de bem-estar e onipotência incomuns à pessoa. Aceleração da fala, impulsividade (nos gastos de dinheiro, na sexualidade), desinibição, bom humor, dificuldade de concentrar-se e diminuição do sono são sintomas comuns e podem combinar-se entre si. Os sintomas surgem no período de semanas, onde às vezes, a pessoa esconde os sintomas, o que exige criar uma relação de confiança e investigar em detalhes nos relatos do paciente, por parte da ESF e do NASF (BRASIL, 2013).

Para a confirmação ou exclusão do diagnóstico, é necessário o apoio de profissionais de saúde mental, onde reforça-se a importância de uma efetiva rede de atenção psicossocial. A ESF não deve recusar a demanda da saúde mental, nem tampouco o serviço especializado deve menosprezar a referência e a contrarreferência demandada da ESF, a fim de evitar danos na saúde do indivíduo (BRASIL, 2013)

. Na ESF 03, os danos a saúde dos indivíduos, chamaram a atenção dos profissionais de

saúde, e dentre os danos identificáveis, cita-se a automedicação como um dos fatores que estar afetando negativamente a qualidade de vida da população; principalmente em indivíduos acometidos com algum tipo de transtorno mental, e atrelados a queixa apresentam outros sintomas inevitáveis que são relacionados à idade e por tanto fisiológicos, mas por questão cultural buscam a prescrição de psicotrópicos, ainda que o paciente apresente um dos mais leves dos sintomas ou por que simplesmente o paciente relata que conhece alguém que faz uso da medicação e “sente-se bem”, dentre as mais solicitadas se encontram os benzodiazepínicos (BRASIL, 2013).

Criados na década de 60, os benzodiazepínicos apresentam uma ação ansiolítica, poder letal baixo e com grande índice de dependência, tornado seu uso com antiepilético e seguramente como indutor de sono em situações de adaptação a estresse. Comumente utilizados pela comunidade, seja por uma crise nervosa repentina, ou por insônia. O uso contínuo pode ocasionar total dependência ou fazer com que o paciente necessite de doses maiores para manutenção dos efeitos terapêuticos. Essa dependência, pode exacerbar a insônia e ansiedade quando há uma suspensão abrupta do uso. Outros efeitos bastante comuns são os déficits cognitivos como perda de atenção, e dificuldade de fixação, que tendem a ser cada vez mais frequentes na utilização desses medicamentos (BRASIL, 2013).

Essa prática produz a medicalização de problemas pessoais, sócio-familiares e profissionais. Na insuficiência de informações o paciente não encontra solução e acaba por acreditar na potência dos medicamentos. Sua utilização frequente é um motivo forte para melhorar a orientação à comunidade, uma vez que os medicamentos podem ser repassados de paciente para pacientes, necessitando de uma intervenção maior da equipe da ESF na aquisição de receitas psicotrópicas.

Isso gera nos serviços situações onde os usuários imploram por renovação de receitas e médicos incapazes de dizerem não para o paciente. O enfrentamento desta questão deve ser uma medida de responsabilidade compartilhada (ESF, paciente e família), pois, tudo que envolve o TM aponta para um processo complexo, devido ao sofrimento do paciente, a angústia da família, bem como, o risco que o paciente em surto pode apresentar para a sociedade e a si próprio; originado pelos variados quadros psiquiátricos como, por exemplo: Esquizofrenia, Delirium, Demência, Depressão, Transtorno Bipolar, Paranoia, Mania e os transtornos decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas (OLIVEIRA; PEDROSO, 2014).

Como se não bastasse a complicação do transtorno, ocorre a exarcebação da patologia atrelado a resistência do paciente ao tratamento, o diagnóstico tardio ou até mesmo incorreto. Neste contexto, os efeitos iatrogênicos, bem como o risco do uso desordenado de medicações psicotrópicas, podem agravar o estado do paciente, podendo leva-lo ao óbito. Para o manejo de longo prazo para queixas crônicas de ansiedade, a primeira opção medicamentosa são as antidepressivas (amitriptilina, fluoxetina etc.), podendo ser utilizadas variadas formas (substâncias e doses) e devendo o profissional restringir ao

máximo o uso dos benzodiazepínicos (BRASIL, 2013).

Quanto às drogas antidepressivas, na ESF 03 também identificou-se o uso desordenado, como exemplo fluoxetina, inserida no mercado na década de 1990, apontando poucas reações adversas e segurança nos efeitos indesejáveis, eleva o número de prescrição abusiva e indiscriminada, como panaceia universal para os problemas pessoais, familiares, sociais etc. Segundo o Ministério da Saúde (2013) a prescrição de medicação para sintomas como tristeza, apatia, vem, lamentavelmente, se tornando uma prática frequente e automática no dia a dia das unidades, e isso não é fazer acolhimento ao paciente. O acolhimento consiste na escuta qualificada do paciente na qual se forma um vínculo entre a equipe e o paciente. Contribuindo para um diagnóstico mais preciso.

O vínculo e a escuta mais uma vez devem figurar como prioridade absoluta em todo e qualquer contato do usuário com a unidade. A equipe deve ter em mente que sintomas depressivos podem também estar presentes em diversos quadros clínicos, demandando uma boa anamnese para diagnóstico diferencial (anemia, hipotireoidismo, desnutrição, etc.)(BRASIL, 2013). Sabe-se que a comunicação e a informação insuficiente fornecida pelos profissionais de saúde sobre prevenção de gravidade da doença e acerca do tratamento do transtorno mental; contribui para a permanência do quadro psiquiátrico, que atinge indivíduos de ambos os sexos, de todas as classes sociais; apontando uma mudança no perfil epidemiológico através de diagnósticos em diferentes fases da vida do ser humano. Em contrapartida, a promoção de saúde através de Educação em Saúde, torna-se uma eficiente estratégia, notoriamente impactante na qualidade de vida dos participantes dessa ação e não precisa ser um especialista na área (BRASIL, 2010).

Uma vez que uma ação de saúde pode ser realizada por profissional de qualquer nível. Diante disso, os Agentes Comunitário de Saúde (ACS), os “Técnicos de Enfermagem e outros profissionais do nível médio, devem estar inseridos neste contexto e somente assim poderão contribuir para a qualidade de vida da população, combatendo o uso desordenado de medicações, principalmente de psicotrópicos; na área adstrita de uma equipe da ESF no município de Grão Pará, intervindo precocemente nos casos de TM e agindo na Promoção de Saúde de sua comunidade (BRASIL, 2010). Os indivíduos que persistem no uso indiscriminado da medicação, mesmo com a orientação repassada pela equipe da ESF, precisam ser inseridos em uma ação da ESF 03, a qual pretende atingir esse público, contemplando o objetivo do presente projeto de intervenção focado na promoção da Educação em Saúde através da socialização das informações acerca dos transtornos mentais, para os profissionais de saúde e comunidade da Estratégia de Saúde da Família 03, na zona urbana do município de Grão Pará – SC, tendo como benefício maior eficácia na prevenção de surtos psiquiátricos e no combate ao uso desordenado de psicóticos, cujo debate pode evitar o agravamento dos sintomas do TM podem exacerbar do mais leve para os mais graves.

Estudos mostram que é viável a conscientização dos pacientes através de terapias

pelos profissionais de saúde, pois, dessa maneira há a possibilidade desse elaborar um plano terapêutico coletivo e individualizado de forma que recupere e promova ações de saúde eficazes ao tratamento do doente (DALL'AGNOL, 2004)

. Ressaltando que na Atenção Básica, que é a porta de entrada do usuário do SUS a todos os serviços de saúde, há a promoção do fluxo de pacientes, não apenas aos serviços da Rede da Atenção Básica, mas, da rede intersetorial, atendendo também, a demanda da saúde mental, caso seja necessário buscar ampliar suas ações com o apoio interventivo, há o apoio dos Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF) cuja resolutividade é impactante na vida dos indivíduos e através do fundamental apoio da família dos pacientes e da sociedade em geral (BRASIL, 2011)

.Em observância ao estabelecido na Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, as orientações repassadas no Caderno Nº 34 do Ministério da Saúde, como em conformidade as diretrizes do SUS que visam a descentralização dos serviços; assegura o atendimento integral aos usuários, a participação da comunidade na elaboração, implantação e fiscalização dos serviços de saúde, também em seus princípios: *Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; Integralidade de assistência articulada e continuadas ações e serviços preventivos e curativos, de forma individual e coletiva conforme cada caso apresentado*(BRASIL, 1990). A preservação da autonomia do indivíduo defendendo sua integralidade física e moral; igualdade da assistência da saúde, sem qualquer forma de preconceito; direito à informação, às pessoas assistidas acerca de sua saúde e do tratamento disponível; divulgação das informações quanto ao potencial dos serviços; identificação do perfil epidemiológico e utilização dos dados para elaboração de estratégias e locação de recursos; participação da comunidade e descentralização político-administrativa, fazem parte dos objetivos estabelecidos nesse projeto de intervenção. Com o presente projeto, a equipe de ESF, além de desenvolver outras ações, enfatizará a Promoção de Saúde e a prevenção de doenças, e no que se refere à Saúde Mental, trabalhará para diminuir os prejuízos para o governo, através de gastos excessivos com a saúde e, sobretudo danos na vida da população que depende desse processo. Uma vez que a prevenção é notoriamente mais econômica e fácil de realizar que executar o tratamento medicamentoso, internações psiquiátricas ou realizar exames laboratoriais. Com o agravante de pacientes que apontam periodicamente surtos, ou uso desordenados de psicotrópicos, os quais podem ocasionar alterações Neuro, psico e fisiológicas no indivíduo. A abordagem desses clientes será mais ampla, com a finalidade de avaliar o ambiente no qual ele está inserido

. Essas ações possibilitarão a socialização do indivíduo com TM e oportunizará informações para a população que é carente delas. As informações serão relacionadas aos Transtornos Mentais, surtos psicóticos, redução de danos, complicações do uso desordenado de psicotrópicos, a inserção da família no tratamento e ao autocuidado, consequentemente

contribuindo para uma qualidade de vida precária.

A prática aqui apontada torna-se também relevante por fortalecer o elo de confiança entre a comunidade e equipe multiprofissional (fator primordial para atingir a proposta dos princípios do SUS), pois, sem confiança os usuários não expõem suas reais necessidades, muito menos na adere ao tratamento de forma correta, promovendo uma demora no diagnóstico da doença e por tanto comprometendo o prognóstico (BRASIL, 2006).

É importante que a equipe, especificamente o médico busque métodos paliativos que substituam a prescrição desses medicamentos psicotrópicos, a fim de diminuir as dependências. O simples fato de envolve os pacientes em atividades diversas que mostrem suas potencialidades, melhora sua autoestima e o faz sentir-se mais útil e responsável. A forma como a equipe da UBSF aborda o paciente pode ajuda-lo a lidar com as deficiências com mais naturalidade. A busca pela identidade perdida deve ser despertada no paciente, a fim de que ele se torne capaz de vencer seus conflitos internos. Isso dá a ideia de diversidade e isso, relaciona-se com o diálogo e aceitação da diferença, visando produzir uma rede de comunicação e solidariedade a fim de que a individualidade viabilize a perspectiva da coletividade (AMARANTE; COSTA, 2012).

4 Metodologia

Na execução do presente Projeto de Intervenção será utilizada a seguinte metodologia: embasar o projeto em pesquisa de artigos e estudos relacionados à temática em questão, publicados na língua portuguesa, impressos em cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em sites com relevância científica como: SIELO, BVS, além do levantamento de dados na Secretaria Municipal de Saúde, na sede da Prefeitura e na sede da ESF 03, na zona urbana, do município de Grão Pará-SC, Serão realizadas inicialmente reuniões com os profissionais da ESF 03 e posteriormente com a comunidade da área de abrangência (primeiro serão reunidos os profissionais de saúde da equipe para apresentação do projeto de intervenção).

Serão realizadas ações como palestras educativas, objetivando preparar os familiares para lidarem com os pacientes com algum tipo de transtorno mental, evitando a estigmatização e o isolamento do mesmo pela sociedade; reforçando as atribuições de cada profissional inserido na atenção básica, mais especificamente aos profissionais da ESF e NASF. No oportuno será discutido junto aos profissionais as melhor forma de tratar o paciente e como abordar sua família. É importante salientar que o tratamento é disponibilizado pelo SUS e que se faz necessário o acompanhamento contínuo do paciente.

Para tais atividades será necessária a parceria com outros profissionais: os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde para apoio logístico em cada evento, a equipe do NASF (atividades físicas, orientação nutricional e psicológica), os profissionais da ESF, bem como a comunidade da área de abrangência.

Vale ressaltar que as palestras serão abertas ao público em geral, sendo a comunidade convidada previamente pelos agentes comunitários de saúde..

LOCAL DO ESTUDO

Área adstrita da Estratégia de Saúde da Família 03, na zona urbana do município de Grão Pará-SC.

PÚBLICO ALVO

O público alvo serão os familiares e os pacientes com transtorno mental, pacientes resistentes ao tratamento medicamento, além daqueles que apresentarem algum fator de risco para o desenvolvimento de doenças mentais e que frequentem a UBS da área da ESF, na zona urbana de Grão Pará-SC.

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO PROJETO

A avaliação das ações será realizada em cada etapa e cada vez que se fechar um ciclo de atividades com os profissionais, familiares e os pacientes. Os familiares devem ser envolvidos para contribuir com o tratamento, visto que pacientes com transtorno mental, tem mais possibilidade de atender o familiar no momento das intervenções. Esse

Tabela 1 – PLANO DE AÇÃO

ATIVIDADES	TEMPO	META- OBJETIVOS
Reunião equipe multidisciplinar	1ª reunião – imediata para apresentar o PI(projeto de intervenção) E a cada 15 dias	Planejar ações referentes ao atendimento ao paciente com transtorno mental e aos familiares.
Atendimento multiprofissional(NASF) e do médico e enfermeiro da ESF para controle e avaliação do tratamento	quinzenal	Atender pelo menos 25% dos pacientes quinzenalmente, para relacionar necessidades individuais e planejar o atendimento posterior.
Realização de atividades educativas com a comunidade em geral e com os familiares de pacientes com transtorno mental.	quinzenal	Envolver pelo menos 85% dos familiares dos pacientes com transtorno, para prepará-los para lidar com o paciente em domicílio.
Encaminhamento do paciente com transtorno mental, sem melhora com a terapia medicamentosa.	Quinzenal ou conforme necessidade	50% ou mais(conforme necessidade) dos pacientes com transtorno mental sem melhora com medicação.
Busca ativa de paciente psiquiátrico faltoso, resistente ao tratamento e dos familiares para favorecer a adesão ao tratamento adequado.	Diariamente e realizada pelo agente comunitário de saúde por ocasião das visitas domiciliares	Atingir 90% dos faltosos Para melhorar atendimento e diminuir complicações.

apoio é favorável para o sucesso do projeto; além de se trabalhar também o familiar para minimizar a exclusão e o estigma do paciente psiquiátrico.

Para o monitoramento estatístico, serão realizadas pactuações com a equipe multidisciplinar, com o intuito de promover um maior envolvimento de todos nas ações, para se enumerar o quantitativo de indivíduos trabalhados e quais as abordagens realizadas pelos profissionais da ESF.

5 Resultados Esperados

Quanto aos resultados esperados podem-se relacionar:

- Promoção de saúde e prevenção de transtornos mentais decorrentes de problemas sociais, buscando a qualidade de vida da população alvo;
- Provocar na comunidade, nos profissionais de saúde, dos gestores do município de Grão Pará e circunvizinhos, a real necessidade de um consórcio para implantação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com intuito de ampliar o acesso da comunidade a assistência em Saúde Mental.
- Realizar atendimento frequente e com periodicidade aos pacientes com algum transtorno mental pelo médico, enfermeiro ou outro profissional da ESF, além do psicólogo da equipe do NASF(Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e pelo CAPS(Centro de Atenção Psicossocial) para minimizar complicações;
- Trabalhar a autoestima do paciente com transtorno mental, a fim de que ele possa viver normalmente em família e na sociedade;
- A capacitação dos profissionais e da equipe da ESF, para lidar com pacientes psiquiátricos, envolvendo a família no cuidado, a fim de atingir os objetivos referidos.

Referências

- AMARANTE, P.; COSTA, A. M. *Diversidade Cultural e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Citado na página 26.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 1, p. 71–77, 1997. Citado na página 22.
- BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista da SPAGESP*, v. 12, p. 66–78, 2011. Citado na página 18.
- BRASIL. Lei nº 8.080. Diário Oficial União, Brasília, n. 1, 1990. Citado na página 25.
- BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2011. Citado 3 vezes nas páginas 13, 17 e 25.
- BRASIL, M. da S. *Saúde mental no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Citado 3 vezes nas páginas 18, 19 e 20.
- BRASIL, M. da S. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 26.
- BRASIL, M. da S. *Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2009. Citado na página 13.
- BRASIL, M. da S. *Acolhimento nas Práticas de Produção Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 13, 18 e 24.
- BRASIL, M. da S. *Cadernos de Atenção Básica 34: Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 7 vezes nas páginas 12, 13, 18, 19, 22, 23 e 24.
- BRASIL, M. da S. *E Gestor Atenção Básica: Relatório de atenção básica*. 2017. Os dados disponíveis neste relatório são oriundos do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 02 Ago. 2017. Citado na página 10.
- CÂNDIDO, M. da S. et al. *Santa Catarina em Números*: Grão Pará. Florianópolis: Sebrae, 2010. Citado na página 9.
- DALL'AGNOL, R. S. A. Identificação e quantificação dos problemas relacionados com medicamentos em pacientes que buscam atendimento no serviço de emergência do hepa. Porto Alegre, n. 112, 2004. Curso de FACULDADE DE FARMÁCIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Citado 2 vezes nas páginas 21 e 24.
- GPM, G. de P. M. *Município de Grão Pará*. 2014. Disponível em: <<http://www.graopara.sc.gov.br/municipio/index/codMapaItem/16280>>. Acesso em: 07 Jul. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 20.

- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Censo Demográfico 2010*. 2010. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?lang=&codmun=420610&search=santa-catarina|grao-para|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 01 Ago. 2017. Citado 3 vezes nas páginas 9, 10 e 18.
- MARQUES, A. L. *Medicina na beira interior da pré-história ao século XXI*. Castelo Branco – Portugal: Smedo – Sociedade tipográfica LTDA, 2006. Citado na página 17.
- MOURA, D. C. N. de et al. Uso abusivo de psicotrÓpicos pela demanda da estratégia saÚde da família: Revisão integrativa da literatura. *SANARE*, p. 136–144, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 21 e 22.
- OLIVEIRA, R. G. de; PEDROSO, E. R. P. *BlackBook: Clínica médica*. Belo Horizonte: BlackBook Editora, 2014. Citado 3 vezes nas páginas 12, 21 e 23.
- OMS, O. M. da S. *Relatório Sobre Saúde Mental e Desenvolvimento*. 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/23065>>. Acesso em: 04 Ago. 2017. Citado na página 12.
- PAULO, L. G.; ZANINI, A. C. Automedicação no brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 34, n. 2, p. 60–75, 1988. Citado na página 22.
- ROSA, L. C. dos S. *TRANSTORNO MENTAL E O CUIDADO NA FAMÍLIA*. SÃO PAULO: CORTEZ, 2003. Citado na página 17.
- VASCONCELOS, E. M. *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010. Citado na página 17.