

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINERO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LUIS ISAAC MESA LAVAZTIDA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A FÁRMACO  
DEPENDÊNCIA NA POPULAÇÃO ATENDIDA NA UBS BEIJA FLOR**

**UBERABA – MINAS GERAIS**

**2016**

**LUIS ISAAC MESA LAVAZTIDA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A FÁRMACO  
DEPENDÊNCIA NA POPULAÇÃO ATENDIDA NA UBS BEIJA FLOR**

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

Orientadora: Profa. Dra. Sabrina Martins Barroso.

**UBERABA – MINAS GERAIS**

**2016**

**LUIS ISAAC MESA LAVAZTIDA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A FÁRMACO  
DEPENDÊNCIA NA POPULAÇÃO ATENDIDA NA UBS BEIJA FLOR**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Dra. Sabrina Martins Barroso.

Examinador 2: Judete Silva Nunes.

Aprovado em Uberaba, em 26 de Junho de 2016.

## DEDICATÓRIA

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus pela força e coragem durante esta longa caminhada.

Agradeço também a todos os professores que me acompanharam durante a especialização, em especial à Profa. Márcia Helena Destro Nomelini e à Profa. Sabrina Martins Barroso, responsáveis pela realização deste trabalho.

Aos meus pais, irmão, minha esposa, minha filha e a toda minha família que com muito carinho e apoio não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela confiança no mérito e com princípios éticos aqui presentes.

À minha orientadora Sabrina Martins Barroso, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, muito obrigado.

*“Sempre, aconteça o que aconteça, o médico, por estar tão próximo ao paciente, por conhecer tanto o mais de sua psique, por ser a imagem daquele que se acerca da dor e a mitiga, tem uma tarefa muito importante, de muita responsabilidade”*

*(Che Guevara)*

## RESUMO

Os transtornos mentais são alterações no funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Muitas vezes no tratamento dessas doenças mentais fazemos uso abusivo dos medicamentos e levamos aos pacientes a dependência química, que tem quase igual gravidade quando comparado à própria doença. A dependência química está presente na vida de distintas famílias. As relações familiares apresentam uma ampla influência nesse campo da dependência, podendo de tal maneira provocar conflitos que induzem o indivíduo ao uso quando voltar a estabelecer vínculos importantes para a sua recuperação. A existência de um usuário de drogas, seja lícitas como ilícitas, afeta a organização do sistema familiar, interferindo na qualidade do seu convívio. Devido a esse fator, pode-se dizer que se um membro da família tiver desenvolvido a dependência química, todos necessitarão de tratamento, uma vez que a família adoece junto. Logo, é complicado amparar o dependente se a família não buscar ajuda e apoio. Meditando nesta realidade, o objetivo desse estudo foi realizar um levantamento do número de pacientes em uso e abuso de medicação psiquiátrica, avaliar o benefício ou prejuízo dela e traçar uma estratégia para a reabilitação dos pacientes que já eram dependentes químicos. A partir de uma base de dados científicos, com os descritores: drogas, dependência química e família, verificou-se a importância da família na recuperação do dependente químico presentes em artigos científicos publicados sobre o tema. Deste modo, constatou-se que a família é essencial e eficaz para o tratamento do dependente químico, significando de tal modo, o quanto é relevante o seu envolvimento nas atividades e no acompanhamento passo a passo do processo. Portanto, a dependência química repercute os usuários e os seus familiares que convivem com os mesmos.

**Palavras-chaves:** Drogas, Dependência Química, Família.

## **ABSTRACT**

Mental disorders are changes in the functioning of the mind that impair the performance of the person in family life, in social, in personal life, at work, in education, in understanding themselves and others, the possibility of self-criticism, tolerance to the problems and the possibility to take pleasure in life in General. Often in the treatment of mental illness make abusive use of medicines and take patients to chemical dependency, which has almost the same severity when compared to the disease itself. The chemical dependency is present in the life of different families. Family relationships have a wide influence in the field of addiction and can cause conflicts in such a way that induce the individual to use when establishing important links for his recovery. The existence of a drug user, is licitas as unlawful, affects the Organization of the family system, interfering with your quality. Due to this factor, it can be said that if a family member has developed the chemical dependency, all will need treatment, once the family gets sick together. It is complicated to support the dependent if the family doesn't get help and support. Meditating on this reality, the objective of this study was to conduct a survey of the number of patients in the use and abuse of psychiatric medication, evaluate the benefit or prejudice her and plot a strategy for the rehabilitation of patients who already were drug addicts. From a base of scientific data, with the key words: drugs, chemical dependency and family, there was the importance of family in chemical-dependent recovery present in published scientific articles on the topic. In this way, contacted that the family is central and effective for the treatment of chemical dependent, meaning so, how relevant your involvement in activities and in monitoring the process step by step. Therefore, the chemical dependency affects users and their family members who live with them.

Keywords: Drug, Chemical Dependency, Family.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Lista de gráficos

Gráfico 1 – Cadastro da população na área abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, município Uberaba, MG 2014.....	19
Gráfico 2 – Total População em uso de psicofármacos segundo o sexo na área abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, município Uberaba, MG 2014.....	27

### Lista de quadros

Quadro 1- Priorização dos problemas na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, município Uberaba, MG 2014.....	25
Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico” relacionado com a Alta incidência de uso de psicofármacos na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, município Uberaba, MG 2014, 2014.....	28
Quadro 3 - Operação / Projeto na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, município Uberaba, MG 2014.....	30
Quadro 4 - “Proposta de ações para a motivação dos atores para a Unidade Básica de Saúde Beija Flor do município de Uberaba-MG, 2014”.....	30
Quadro 5 - Plano “Operativo, Unidade Básica de Saúde Beija Flor do município de Uberaba-MG, 2014”.....	32

### Lista de tabelas

Tabela 1- Distribuição da população por fase etária e sexo da área urbana ou rural de Uberaba. 2012. .....	15
Tabela 2 - População segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, município Uberaba, MG 2014.....	18

Tabela 3 - Morbidade de doenças mentais referida na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, município Uberaba, MG 2014.....	26
--	----

Tabela 4 - População em uso de psicofármacos segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, município Uberaba, MG 2014.....	27
--	----

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	12
2. JUSTIFICATIVA .....	19
3. OBJETIVOS.....	20
4. METODOLOGIA.....	20
5. REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	22
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	35
REFERÊNCIAS.....	38

## INTRODUÇÃO

De todos os males vividos pelo o homem, a loucura ou doença mental, e o sofrimento psíquico e emocional, são, entre as demais, muito preocupantes pela repercussão na vida dos pacientes e famílias, elas parecem atingir indistintamente pessoas de diversas nacionalidades, sexos, situação sociais ou religião (JACOBO, 2013).

O termo loucura já não é muito usado, pois estigmatiza os pacientes, não obstante ela ter sido amplamente difundida na sociedade sendo contextualizadas como uma condição da mente humana caracterizada por pensamentos considerados anormais pela sociedade. É resultado de doenças mentais, quando não é classificada como a própria doença (FOUCAULT, 2013).

Com o desenvolvimento dos estudos sobre o tema considera-se que os transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida em geral (PIRÂMIDES, 2009). O relatório sobre a saúde no mundo revela que, no ano 2000 os transtornos mentais foram responsáveis por 12% de anos de vida ajustáveis por incapacidade, perdidos em virtude de doenças incapacitantes (depressão, retardo mental, esquizofrenia, abuso de substância, Alzheimer), e que até o ano 2020, a carga dessas doenças terá crescido para 15%, sendo que apenas uma minoria recebe tratamento adequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Com o aumento dos transtornos mentais na população também aumentaram os erros no diagnóstico e confusões por parte do pessoal de saúde no acompanhamento dos pacientes. Esquece-se que nem todas as doenças são crônicas, podem ser resultados de situações, experiências negativas, que tem um período de durabilidade limitado que sua resolução depende da resiliência de cada paciente, por tanto o tratamento em dependência do transtorno pode ser de uso contínuo ou por um tempo limitado, dependendo dos resultados positivos logrados pelo paciente (STAHL, 2014).

No tratamento dos diferentes transtornos mentais temos opções farmacológicas e não farmacológicas como são as psicoterapias de apoio, individual ou grupal, uso fitofármacos, apoio familiar e de grupos preconizados pela comunidade. Dentro do tratamento farmacológico temos, em dependência do tipo de

doença, os sedantes, tranquilizantes, estabilizadores do humor e antipsicóticos que com um diagnóstico adequado e um tempo de uso supervisionado resolvem ou aliviam a maioria dos casos (AYALON, 2010).

Apesar do conhecimento atual em relação às terapias farmacológicas, temos um incremento no abuso de medicação, esse abuso é conhecido como um padrão mal adaptativo no uso indiscriminado de substância que eleva a um sofrimento ou comprometimento clinicamente significativo (MOLLER, 2011). Os abusos no uso das substâncias, muitas vezes, não são só de responsabilidade do paciente, já que precisa de acompanhamento periódico, uma avaliação onde se determina a evolução clínica do caso, dosagem prescrita, tempo de medicação, possíveis efeitos colaterais. Sem o acompanhamento periódico, o tratamento é prolongado além do tempo terapêutico necessário, o que pode produzir dependência química. A dependência é conhecida como um conjunto de fenômenos que envolvem o comportamento, a cognição e a fisiologia corporal e conseqüentemente ao consumo repetido de uma substância psicoativa. O forte desejo de usar uma substância juntamente com dificuldade em controlar sua utilização se prolongam, apesar das suas conseqüências danosas, sem se importar se são drogas ilícitas ou lícitas (BALLONE, 2008).

Após uma análise institucional feita na Unidade Básica de Saúde (UBS) Beija Flor sobre os principais problemas de saúde da população, identificou-se o abuso de medicação psicoativa como um problema prioritário. A falta de trabalhos anteriores na unidade com esta abordagem e pela alta incidência de pacientes em uso de psicofármacos foram motivos justificáveis pela escolha desse tema, o que torna necessário a realização de ações que diminuam sua alta incidência. Definiram-se os seguintes nós críticos: baixo nível de informação sobre uso e abuso de psicofármacos, inadequado processo de trabalho pela equipe para enfrentar o problema, falta de protocolo de atendimento para ajudar nos casos identificados.

Nesse sentido, torna-se importante o estudo de estratégias de intervenção educativa para a redução do fármaco dependência na Unidade Básica de Saúde Beija Flor.

A UBS Beija Flor encontra-se localizada na Rua Renan Ferreira Maluf 490 Beija Flor II, Município Uberaba, Minas Gerais. A equipe é formada por um médico do programa Mais Médico para o Brasil e uma enfermeira. O funcionamento é de

segunda a sexta feira no horário de 07:00 AM às 17:00 PM. O total da população é de 2500 habitantes em 467 famílias.

### **1.1. Histórico da criação do município**

A Cidade de Uberaba originou-se nos primeiros anos do século XIX, como parte do processo de exploração e escoamento de minerais preciosos do Brasil Central. Sua posição geográfica a situava na rota conhecida como Estrada Real que ligava São Paulo a Goiás. Hoje é conhecida essa extensão territorial como Triângulo Mineiro. No ano 1820, o rei Joao VI eleva Uberaba à condição de Freguesia, o que significou a emancipação em assuntos civil, militar e religiosa. Em 1840, tornou-se sede de Comarca, que aumentou sua importância regional, sendo alçada, em 1856, da condição de vila para Cidade. Em meados do século XX, a cidade contava com faculdade de medicina, engenharia, enfermagem, filosofia e odontologia. A partir dos anos 70 foi feito um esforço de diversificação econômica; com bons resultados nas indústrias e na área agrícola. Hoje a cidade atinge a marca de 315.360 habitantes (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014-2017).

### **1.2. Descrição do município**

O Município fica na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, microrregião Uberaba, os municípios limítrofes são Água Comprida, Conceição das Alagoas, Uberlândia, Veríssimo, Indianópolis, Nova Ponte, Sacramento, Conquista, Delta, Igarapava (SP), Aramina (SP) e Miguelópolis (SP). Sua situação geográfica é: a 100 km a Sul, Leste de Uberlândia, situada a 752m de altitude, as coordenadas geográficas são Latitude: 19° 45' 1" Sul Longitude: 47° 55' 57" Oeste. A Cidade tem uma mistura entre povo de campo, fazendeiro e indústria e bom gosto. Além das belezas naturais próprias da zona (IBGE, 2014).

### **1.3. Aspectos geográficos**

A área total do município é de 4.512.135 km<sup>2</sup>, com uma concentração habitacional de 70.60 habitantes/km<sup>2</sup>. Seu relevo varia de plano ligeiramente ondulado na maioria absoluta da área do município (seu relevo é 60% ondulado e

40% plano) O clima é tropical, com temperatura média anual de 23,0<sup>0</sup>, umidade relativa media anual entre 20-64% (IBGE, 2014).

#### 1.4. Aspectos socioeconômicos

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 1.0 segundo PNUD/2013, com uma taxa de Urbanização de 1.60%. A renda familiar é de R\$ 955,49. O setor agrícola e pecuário tem um papel fundamental no desenvolvimento econômico da cidade. Além de varias indústrias que constitui grandes fontes de emprego pra seus habitantes (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014-2017).

#### 1.5. Aspectos demográficos

**Tabela 1. Distribuição da população por idade, sexo em área urbana e rural. Uberaba 2012.**

IDADE	MASCULINOS	FEMININO	TOTAL
< 1 ano	1843	1799	3642
1-4 anos	7477	7477	14954
5-9 anos	9659	9130	18789
10-14 anos	11367	10739	22106
15-19 anos	12479	12089	24586
20-29 anos	28197	27243	55440
30-39 anos	23643	24046	47689
40-49 anos	20466	22550	43016
50-59 anos	16188	18222	34410
60-69 anos	9256	11498	20754
70-79 anos	5103	6937	12040
80 + anos	2020	3388	5408
<b>TOTAL</b>	<b>147698</b>	<b>155118</b>	<b>302816</b>

Fonte: Registro estadístico da secretaria de saúde. Uberaba 2012.

#### 1.6. Aspectos ambientais

Na região o abastecimento de Água Tratada é de um 99% e as residências são abastecidas pela rede pública. A cidade conta com rede de esgoto, e a coleta de lixo é regularizada pela prefeitura, porém existem problemas com lixo a céu aberto, sobretudo nas áreas periféricas da cidade com risco a saúde (IBGE, 2014).

## 1.7. Situação social

Em Uberaba, as taxas de mortalidade infantil nos últimos anos - 2008 a 2012 estão classificadas como baixas, em 2012 foram 10.42 óbitos por 1000 nascidos vivos. A mortalidade materna situou-se entre 22.03 e 93.85 óbitos por 100 mil nascidos vivos para o município de Uberaba. Cerca de 48,2% das notificações por Doenças Transmissíveis no ano de 2012 foram referentes à Varicela, seguidas das notificações por AIDS: 10,55%. As doenças crônicas não transmissíveis mais comuns são hipertensão e diabetes e, conforme os dados do SISHIPERDIA – Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Atenção Básica, Uberaba tem 11.749 diabéticos cadastrados e 33.122 hipertensos cadastrados (UBERABA Registros da Secretaria de Saúde , 2015).

Em Uberaba o acesso à saúde inicia-se a partir da atenção básica que se constitui por UBS. Essas unidades são pontos de partida do nível primário de atenção, contamos com varias delas entre as que estão: UBS: Edison Reis Lopes, UBS Virilânea Augusta Lima, UBS Julieta Andrade, UBS Dona Aparecida C. Ferreira, UBS Rosa Maria, UBS Residencial 2000, UBS Francisco José S. Sabiá, Central de Rede De Frio, UBS Juca Inácio, UBS Lecir Nunes Ramos, UBS Sebastião L. Costa, UBS Beija Flor, UBS Romes Cecílio, UBS Jardim Copacabana, UBS Fausto Cunha, UBS Maria de Oliveira, UBS Jacob José Pinto, UBS Inimá Baroni, UBS Palmira Conceição, UBS Norberto, Eurico Vilela Farmácia. As unidades matriciais também formam parte do sistema primário da saúde de atendimento mais abrangente incluindo atendimento até às 22h.

Existem programas direcionados à Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Por meio desses programas, da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos agentes comunitários são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde. O Núcleo de Apoio de Saúde Familiar (NASF), criado no município esta funcionando.

Sistema de Referência e Contra referencia e Redes de Média e Alta Complexidade

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) São Benedito e Mirante (Uberaba) para urgência e emergência e traumas não expostos.



- Hospital da UFTM para urgência e emergência (facadas, tiros, mordeduras de animais peçonhentos, etc.), Pronto Socorro (PS) de traumas expostos, PS infantil grave, PS oftalmologia, PS Ginecologia e Obstetrícia (GO), que lida com medicina fetal, grávidas de alto risco, etc.
- Especialidades eletivas – Hospital da UFTM, ambulatório Maria Gloria, Hospital Mario Palmeiro (UNIUBE), atende GO urgência e emergência.
- Hospital das crianças (urgência e emergência infantil).
- Hospital Hélio Angotti para paciente CA confirmada (laudo e biopsia confirmada).
- Hospital Beneficência Portuguesa para gestantes em trabalho de parto.
- Saúde mental – Centro de Atenção psicossocial de Adições (CAPS AD) e CAPS Uberaba. Também Sanatório Espírita, tudo via assistência social.
- Reabilitação – UFTM (Uberaba) e Sarah Kubitschek (Belo Horizonte e Brasília).
- Lábio leporino – Centrinho USP Bauru em São Paulo.
- Transplante de fígado e rins – USP Hospital Clinica em Ribeirão Preto SP.
- Hemodiálise (três vezes por semana) – UFTM, Beneficência Portuguesa e Hospital São Jose (Uberaba).
- Saúde auditiva – UNIUBE SASA e Hospital Universitário. Uberaba.

As consultas são agendadas e autorizadas pela secretaria municipal de saúde, tendo problemas em ocasiões com o sistema de contra referência já que muitas vezes não enviam as mesmas dos centros de atenção secundaria e terciária (REGISTROS DA SECRETARIA DE SAÚDE UBERABA, 2015).

### **1.8. Equipe de saúde da família**

Os Programas de Saúde realizados são: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, Saúde do adulto e idoso. os serviços prestados: visitas domiciliares de toda a equipe de saúde, consultas médicas, consultas de enfermagem, nebulização, imunização (vacina) e teste do pezinho, alguns procedimentos (curativo, lavagem de ouvido, retirada de pontos, glicemia capilar, aferição de pressão arterial), Grupos de Educação em saúde, Planejamento familiar, dispensação de anticoncepcionais e preservativos, Triagem Manchester,

Acompanhamento de Gestante (Pré-natal) e criança (Puericultura), Exame de Prevenção (PCCU), Atendimento com ginecologista e Pediatria.

### 1.8.1 Aspectos demográficos

A UBS Beija Flor atende uma população de 2500 pessoas sendo destas 1483 do sexo feminino e 1017 do sexo masculino, dados que apresentaremos na tabela 2 e gráfico 1.

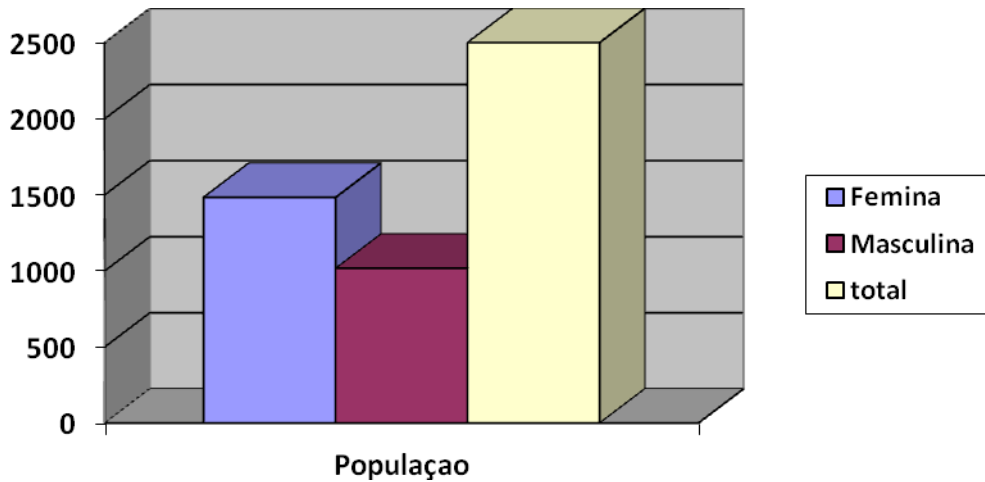
**Tabela 2. População segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, Município Uberaba, 2014.**

Faixa Etária	Total da população			
	F	M	Total	%
< 1 ano	5	6	11	0,4
1 a 4 anos	99	73	172	6,8
5 a 9 anos	125	88	213	8,5
10 a 14 anos	156	99	255	10,2
15 a 19 anos	168	106	274	10,9
20 a 49 anos	495	355	850	34,0
50 a 59 anos	225	104	329	13,1
>= 60 anos	210	186	396	15,8
Total	1483	1017	2500	100%

Fonte: Cadastro da população, UBS Beija Flor, 2014.  
F: Feminino M: Masculino.

O gráfico 1 apresenta a população total da UBS Beija Flor, a qual demonstra que predomina a população feminina sobre a masculina, e a faixa etária de 20 a 49 anos com um total de 850 habitantes; deles 1483 femininos e 1017 masculinos, para um 59,32% mulheres e 40,68% de homens.

**Gráfico 1. Total da população cadastrada por sexo, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, Município Uberaba, 2014.**



Fonte: Cadastro da população, UBS Beija Flor, 2014.

## 2. JUSTIFICATIVA

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, citado em documento do Ministério da Saúde (Brasil, 2013), 3% da população mundial apresenta “transtornos mentais severos”. Os “transtornos mentais leves” se apresentam em 9%, como “queixas psicossomáticas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, etc., cerca de 12% de toda a população que procuram atendimento” (BRASIL, 2012-2015).

No Brasil, estima-se que do orçamento do SUS, 2,3% seja gasto com saúde mental, e que a prevenção de transtornos mentais e comportamentais seja de 20,0%, sendo que 3,0% da população geral sofrem com quadros severos e persistentes e 12,0% necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual (SERTOR, 2012).

Em Minas Gerais, a incidência das doenças mentais na população está na média nacional, com 8,8 % de incidência (PLANO NACIONAL DE SAÚDE, 2012-2015). O município de Uberaba não está longe deste problema. Na comunidade do Beija Flor o alto número de pacientes que vão diariamente à consulta com queixa de algum sintoma ou alguma doença já estabelecida, diagnosticada e tratada em

relação aos distúrbios do desenvolvimento e na conduta é alarmante. Ainda é mais alarmante a quantidade de paciente fazendo abuso de medicação controlada, sem um diagnóstico claro ou por tempo ilimitado. Existe um total de 293 pacientes em uso de psicofármacos, cerca de 11,72 % da população total da área de abrangência. Logo, este tema foi a motivação para fazer este trabalho.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção para reavaliar os pacientes em uso de medicação psiquiátrica a fim de estabelecer qual deles precisam manter e qual deles precisam ser reabilitados para diminuir a fármaco dependência na população atendida no UBS Beija Flor em Uberaba, MG.

#### **3.2. Objetivos específicos**

1. Identificar por meio dos prontuários, consultas ou visitas domiciliares os pacientes que estão em uso de psicofármacos.
2. Estabelecer um protocolo de atendimento aos pacientes que precisam usar psicofármacos com consultas regulares e interconsultas com o psiquiatra duas vezes por ano.
3. Estabelecer o tipo de terapia substitutiva e protocolo de reabilitação no caso de pacientes que não precisem mais de medicação.

#### 4. METODOLOGIA

O trabalho foi um projeto de intervenção educativo, cujo tema é diminuir a fármaco dependência na população atendida na UBS Beija Flor. O estudo foi realizado no ano de 2015 na cidade de Uberaba/MG. O enfoque foi na população adstrita à unidade Beija Flor. Para este projeto foi utilizado o diagnóstico situacional e o conhecimento do território estudado, identificando os principais problemas na área de abrangência, priorizando a alta prevalência de pacientes com abuso de medicação psiquiátrica e com ele a fármaco dependência como nó crítico do problema priorizado. Seguindo definições de Campos et al. (2010), realizou-se uma revisão de literatura sobre a temática do projeto e considerou-se para a definição da proposta de intervenção o desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e os resultados, recursos necessários para a concretização das operações), identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição), elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução), definir o modelo de gestão do plano de ação.

Para a revisão de literatura foram utilizados trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SciELO. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes que foram utilizados são os que estão disponíveis na secretaria municipal de saúde de Uberaba, IBGE, dados do Ministério da Saúde e arquivos da equipe.

Os descritores que foram utilizados nesse trabalho são: Atenção Primária à Saúde, Adesão terapêutica, Sistema Único de Saúde, Transtornos Mentais e Psicotrópicos, abuso de substância e dependência.

Além da revisão e da análise situacional, foram consideradas na formulação da proposta de intervenção a participação dos profissionais de saúde e população adstrita ao PSF Beija Flor, que descreveram suas experiências vivenciadas

permitindo extrair sua natureza e a significação que as pessoas lhe atribuem, através da análise estrutural dos dados colhidos.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos. Os avanços na medicina mostram que, como muitas doenças físicas, estas perturbações resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (LUND, 2011). A saúde mental tem uma repercussão na pessoa sobre seu sistema imunitário debilitando-se, o qual desenvolve certas doenças. Além disso, as perturbações mentais podem afetar todas as idades e causam sofrimento no indivíduo, em toda a família e comunidade (WAHLBECK, 2011).

Podemos então afirmar que os transtornos mentais não têm uma causa específica, mas que são formados por fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Esses fatores na maioria das vezes são ignorados ou negligenciados no tratamento dos indivíduos, ocasionando assim o aumento no uso de psicofármacos inadequados e internações desnecessárias (TAYLOR, 2015). Os transtornos mentais como a ansiedade, depressão, distúrbios alimentares, dependência química, demência e esquizofrenia, podem afetar qualquer pessoa em qualquer época da sua vida. Na realidade, elas podem causar mais sofrimento e incapacidade que qualquer outro tipo de problema de saúde (MAIA PRIME, 2013).

Para Gonçalves (2000 apud Andrade, 2008), estudos epidemiológicos têm demonstrado prevalências de transtornos mentais ao longo da vida entre 12,2% e 48,6%, predominando os transtornos de humor, ansiedade e/ou somatoformes e no mundo representam 30,8% dos anos vividos com incapacidade, já que das dez primeiras causas de anos vividos com incapacidade, sete são transtornos mentais. Para Charles (2011 apud Cardioli, 2011), entre os transtornos mentais mais frequentes estão os transtornos relacionados ao abuso de substâncias, que abrangem 10 classes distintas de drogas: álcool; cafeína; *Cannabis*; inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes, tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Essas 10 classes não são totalmente distintas. Todas as drogas que são consumidas em excesso têm em comum a

ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias. A ativação do sistema de recompensa é intensa a ponto de fazer atividades normais serem negligenciadas.

Para Alves (2002 apud Bateson, 2002), estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. A maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição psicotrópica. Estudo feito por Tomlinson (2012) prevê que cada clínico tenha em sua lista 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos, metade destes gostaria de parar o uso. No entanto, 30% pensam que o uso é estimulado pelos médicos.

Segundo Gage (2012), o estudo feito sobre os efeitos indesejáveis dos benzodiazepínicos, mostrou que a mortalidade nos dependentes de benzodiazepínicos é 3 vezes maior que na população geral, no entanto, não se observa aumento significativo da mortalidade em pacientes dependentes de benzodiazepínicos quando comparados com pacientes com grau similar de morbidade, também mostrou que após 3 meses de tratamento os pacientes mostraram sintomas e sinais de dependência química.

A Universidade de Columbia, em Nova York, Layard (2013) fez um estudo em pacientes em uso de psicofarmacos demonstrando um maior índice de perda da memória, sonolência, pesadelos, fadiga, déficit de atenção e concentração, agitação, agressividade e sonambulismo. Estima-se que as prevalências de 12 meses do transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, segundo o Diagnostico de Saúde Mental (DSM-IV), sejam de 0,3% na faixa etária dos 12 aos 17 anos e de 0,2% entre adultos a partir dos 18 anos. As taxas do transtorno são ligeiramente maiores entre homens adultos (0,3%) do que entre mulheres adultas, mas dos 12 aos 17 anos, a taxa de meninas (0,4%) ultrapassa a taxa de meninos (0,2%). A prevalência de 12 meses do transtorno do DSM-IV diminui com a idade e é mais alta dos 18 aos 29 anos (0,5%) e mais baixa entre indivíduos a partir dos 65 anos (0,04%) (LUND, 2011).

Algumas das investigações mostram que as consequências sociais e interpessoais do transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos tem um impacto forte sobre a família e seus integrantes, sendo mais frequentes os

acidentes, dificuldades interpessoais (como discussões ou brigas) e a interferência com o trabalho, os relacionamentos, e com o rendimento escolar (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Estes estudos evidenciam a repercussão que o abuso de psicofármacos tem sobre o indivíduo, sociedade e a família, a importância do conhecimento dos pacientes afetados por eles, que formam parte da área de abrangência da equipe de saúde. Lembrando que a Atenção Primária de Saúde é a porta de entrada para os usuários do sistema de saúde, aonde existem os meios para trabalhar com os pacientes em tais condições. Em nossa área de saúde, temos a oportunidade de contar com a integração dos diferentes serviços para o cuidado do paciente com doenças mentais, tanto na atenção primária como a secundária, além dos centros de saúde mental, com profissionais para o tratamento e reabilitação dos pacientes.

## **6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

### **6.1. Identificação de problemas**

Após a realização do diagnóstico situacional do território estudado, foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados em nossa área de abrangência.

Ao analisar os dados levantados e a inclusão de outros proporcionados pelo estudo de prontuários e levantamentos feitos pelos agentes comunitários da outra equipe, foram identificados os seguintes problemas.

1. Inadequada disposição final dos resíduos sólidos e líquidos sem nenhuma modalidade de monitoramento e tratamento, constituindo um problema ambiental.
2. Elevada prevalência de doenças cardiovasculares e endócrinas metabólicas.
3. Elevada prevalência de uso indiscriminado de psicofármacos e com eles a fármaco-dependência.
4. Elevada incidência de doenças respiratórias agudas.
5. Elevada frequência de fumantes e consumo de álcool.
6. Elevado índice de acidentes.



O quadro 1 mostra como foram priorizados os problemas e qual deles ficou com maior número de pontos, evidenciando o de maior prevalência e demonstrando a alta incidência de uso de psicofármacos (UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BEIJA FLOR).

**Quadro 1. Priorização dos problemas na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, Município Uberaba, 2014.**

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Enfretamento</b>	<b>Seleção</b>
Inadequada disposição final dos resíduos sólidos e líquidos constituindo um problema ambiental.	Alta	6	Parcial	06
Elevada prevalência de uso indiscriminado de psicofármacos e com eles a fármaco-dependência.	Alta	8	Parcial	01
Elevada prevalência de doenças cardiovasculares e endócrinas metabólicas	Alta	7	Parcial	02
Elevada incidência de doenças respiratórias agudas	Alta	4	Parcial	07
Elevada frequência de fumantes e consumo de álcool.	Alta	7	Parcial	05
Elevado índice de acidentes	Alta	7	Fora	03

Fonte: Diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, 2014.

O principal problema priorizado pela equipe foi a elevada prevalência de uso de psicofármacos e com eles a fármaco - dependência na área de abrangência, além do elevado consumo de medicamentos psicotrópicos como ansiolíticos e antidepressivos, em especial os benzodiazepínicos que são o maior grupo em uso e abuso.

Entre os problemas de saúde mental que predominam estão ansiedade e depressão, como mostra a tabela 3.

**Tabela 3. Morbidade de doenças mentais com uso de psicofármacos, referida na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, Município Uberaba, 2014.**

<b>Doenças mais comuns</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>Total</b>
Depressão	55	36	91
Ansiedade	32	18	50
Transtorno Bipolar	3	2	5
Epilepsia	3	1	4
Transtornos Condutais	6	8	14
Transtorno de Desenvolvimento	9	10	19
Disfunção Cerebral Mínima	3	2	5
Transtornos Fóbicos	1	1	2
Alcoolismo	19	35	54
Esquizofrenia	2	0	2
Transtornos Obsessivos Compulsivos	2	0	2
Fármaco Dependência	34	11	45
Total	169	124	293

Fonte: Cadastro da população, UBS Beija Flor, 2014.

F: Feminino M: Masculino.

A tabela 4 mostra a quantidade de pacientes com uso de psicofármacos segundo faixa etária, evidenciando o índice elevado no uso de medicação psicotrópica, sobre tudo na faixa etária de 19 a 59 anos, cerca de 12,94 % em relação à população total.

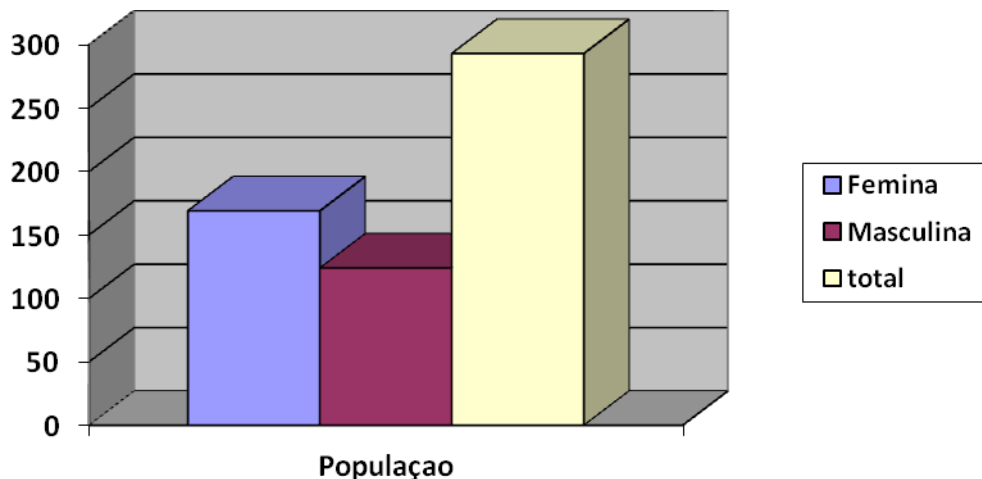
**Tabela 4. População em uso de psicofármacos segundo a faixa etária na área abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, Município Uberaba, 2014.**

Faixa etária	População em uso de psicofármacos
15 a 19 anos	8
19 a 59 anos	188
59 a 79 anos	97
Total	293

Fonte: Cadastro da população, UBS Beija Flor, 2014.

O gráfico 2 demonstra que a população feminina tem mais prevalência de doenças psiquiátricas, com mais uso e abuso de medicação, para um total de 293 pacientes em uso de medicação, 169 são mulheres representando 57,6%.

**Gráfico 2. Total da população cadastrada em uso de psicofármacos segundo o sexo, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor, município Uberaba, 2014.**



Fonte: Cadastro da população em uso de psicofármacos, UBS Beija Flor, 2014.

Assim, uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe na UBS Beija Flor do Município de Uberaba-MG, foi

necessário à realização e a construção de um plano de ação que foi desenvolvido passo a passo conforme descrito no quadro 2.

De acordo com Cardoso, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi desenvolvido pelo Professor Carlos Matus. Segundo ele, “planejar é preparar-se para a ação”. Todo método de planejamento apresenta etapas com uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas, passos que devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final. Para cada problema diagnosticado em um território deve ser selecionado apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade dele (CAMPO; FARIA; SANTOS, 2010).

## 6.2. Desenhos das operações

**Quadro 2. Operações sobre o “nó crítico” da alta incidência de pacientes em uso de psicofármacos na área de abrangência da UBS Beija Flor do Município de Uberaba-MG, 2015.**

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>1.</b> -Nível de informação	Saiba mais sobre doenças psiquiátricas	População em geral e em particular os pacientes com doenças mentais.	Programa de informação a população.	<b>Cognitivas</b> estratégias de comunicação e pedagógicas.  <b><u>Organizacional</u></b>  <b><u>Político</u></b>  Inter setorial e Mobilização social.
<b>2.</b> -Estrutura dos serviços de saúde	Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à	Melhorar o acompanhamento dos pacientes com doenças mentais e em uso de psicofármacos	Identificação e estratificação de risco de fármaco dependência da maior parte dos pacientes tratados com medicação	<b><u>Políticos</u></b>  Decisão de recursos para estruturar o serviço.  <b><u>Financeiros</u></b>  Garantir os

	Saúde.		Agenda organizada e implantada	recursos para a pesquisa. <b>Cognitivo</b> Elaboração da adequação.
3. -Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.	Linha de cuidado.	de Padronização do manejo clínico adequado; processo de trabalho organizado.	Linha guia de atenção à saúde dos pacientes com doenças mentais implantadas; profissional da equipe capacitado para uso da linha guia Gestão de linha de cuidado.	<b>Cognitivo</b> Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos <b>Político</b> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais <b>Organizacional</b> Adequação de fluxos (referencia e contra referências).

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

### 6.3. Identificação dos recursos críticos

Recursos “críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos” do problema: alta incidência de pacientes em uso de psicofármacos na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor do Município de Uberaba-MG, 2015.

### 6.4. Operação/Projeto

No quadro 3 mostramos um planejamento feito com objetivo de cumprir com as tarefas propostas, mostrando os recursos financeiros necessários para levar a cabo cada um delas.

**Quadro 3. Operação / Projeto na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Beija Flor do Município de Uberaba-MG, 2015.**

Saber mais sobre fármaco dependência	<p><b>Político</b> - conseguir o espaço de difusão por automóveis falantes.</p> <p><b>Financeiro</b> – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p>
Contribuir com seu melhor cuidado	<b>Político</b> – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Linha de cuidado	<p><b>Político</b> – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p> <p><b>Financeiros</b> – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

**6.5. Análise de viabilidade do plano. proposta de ações para a motivação dos atores.**

No quadro 4 foi feita uma relação entre os diferentes elementos imbricados para levar a cabo uma estratégia de trabalho, onde temos os projetos propostos, os recursos que se precisam, mostramos os atores que controlam, as possíveis motivações e ações estratégicas que cumpriram com os propósitos.

**Quadro 4. Proposta de ações para a motivação dos atores para a Unidade Básica de Saúde Beija Flor do Município de Uberaba-MG, 2015.**

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saber mais sobre fármaco Dependência	<p><b>Político</b>- conseguir espaço na divulgação local.</p> <p><b>Financeiro</b>- para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos</p>	Setor de comunicação social  Secretário	Indiferente	Apresentar projeto  Apoio das associações

	educativos.	de Saúde	Indiferente	Apresentar projeto Apoio das associações
Contribuir com seu melhor cuidado  Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	<b>Político-</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço  <b>Financeiros-</b> recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas).	Perfeito municipal  Secretario Municipal de Saúde  Fundo Nacional de Saúde	Indiferente  Indiferente  Indiferente	Apresentar projeto
Linha de cuidado	<b>Político-</b> articulação entre os setores assistenciais da saúde	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Como sequência foi elaborado um projeto de intervenção para dar apoio às propostas e solução para os objetivos, conforme quadro 5 onde mostramos os aspetos a ser tratados com os pacientes para lograr um aumento nos conhecimentos sobre sua doença, estimular o melhor cuidado com trocas nos estilos de vida, imbricando as famílias no tratamento e reabilitação dos pacientes e estabelecendo os horários de atendimento na agenda de trabalho, dando um espaço especial para eles.

**Quadro 5. Plano operativo do projeto de intervenção.**

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Mais conhecimento Aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre as condições de saúde mental.	Pacientes com mais conhecimentos sobre suas condições de saúde mental.	Avaliação do nível de informação dos pacientes  Divulgação nos meios de comunicação locais.  Grupo operativo de saúde mental.		Equipe de saúde	Início em dois meses término em quatro meses.  Início em três meses e término em 12 meses. Avaliações a cada trimestre.
Melhorar sua saúde. Modificar estilos de vida inadequados.	Diminuir o consumo de drogas lícitas e ilícitas.  Diminuir a prática habitual de automedicação	Grupos operativos para o enfrentamento ao problema.  Vínculo acentuado com a rede de saúde mental.		Equipe de saúde	Três meses para o início das atividades.
Família Estimular a convivência familiar saudável.	Melhorar a convivência familiar	Grupos de apoio a famílias com integrantes que tenham doença psiquiátrica ou fármaco dependentes		Equipe de saúde	Apresentar o projeto em três meses Começar campanha de divulgação logo de aprovar recursos



		Campanhas de divulgação.			financeiros.
<p>Linha de cuidado saúde mental. Implantar a linha de cuidado para condições de saúde mental incluindo os mecanismos de referência e contra referência.</p> <p>Estabelecer um horário durante a semana para avaliar aos pacientes em uso de psicofármacos</p>	<p>Cobertura de maior parte dos pacientes com transtornos de saúde mental.</p> <p>Avaliação aos 100 % dos pacientes em uso de psicofármacos</p>	<p>Linha de cuidado para saúde mental.</p> <p>Protocolos de atendimento implantados</p> <p>Recursos humanos capacitados.</p> <p>Recursos humanos capacitados</p>		<p>Equipe de saúde e coordenadora de atenção básica</p> <p>Médico da UBS e apoio de Psiquiatria em casos necessários</p>	<p>Início em três meses e finalização em 12 meses.</p> <p>Início em 2 meses e finalização em 5 meses</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

## 6.6. Diretrizes e metas.

O projeto visa nortear a implantação de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos em pacientes em uso indiscriminado de psicofármacos, visando reduzir a vulnerabilidade dos pacientes e das famílias com toda a comunidade por meio de desenvolvimento articulado entre escolas, saúde, famílias, comunidade, unidade básica de saúde e outras secretarias e instituições (Organizações da Sociedade Civil, Conselhos, Secretarias da Cultura, Ação Social, Esporte e Lazer, centros de saúde mentais, centros de reabilitação entre outras) que desenvolvam atividades junto à população de risco.

Portanto, os atores responsáveis pela implantação do projeto no âmbito local devem fomentar estratégias que promovam e garantam ações contextualizadas, continuadas e com participação de todos os segmentos

envolvidos. A resposta da articulação dos setores da educação e da saúde é de fundamental importância, pois permite ampla cobertura, atuação em rede e, fundamentalmente, cria condições para a formação de uma cultura de prevenção no cotidiano das escolas e das famílias, favorecendo, desse modo, a adoção de práticas saudáveis e conseqüente melhoria na qualidade de vida dos jovens, evitando no futuro aparição de doenças psiquiátricas.

Destaca-se a importância da criação de um grupo gestor com representação dos profissionais envolvidos para orientar e gerir a promoção da saúde com respeito ao tratamento adequado das doenças psiquiátricas e a reabilitação dos pacientes fármacos dependentes. Criar ainda, espaços consultivos, tais como: fóruns, reuniões ampliadas, grupos de trabalho para que os diferentes segmentos comunitários sejam contemplados na interlocução com o grupo gestor.

Neste contexto, o êxito das ações e consolidação do projeto, depende do compromisso de gestores profissionais de saúde e educação, dos familiares e da participação ativa da população da comunidade.

Definiu-se com principais metas:

1- Capacitação e supervisão para as equipes de saúde da família (ESF) completa, desenvolvendo temáticas relacionadas aos direitos de cidadania e direitos humanos: problemas relacionados ao álcool e outras drogas; sexualidade/DST/AIDS; uso de psicofármacos, entre outros. Reforça-se a ideia de que a capacitação, enquanto educação continuada desenvolva-se reciprocamente entre as equipes do Posto de Saúde Familiar (PSF) e do serviço.

2- Intervenções familiares e comunitárias como um instrumento de capacitação (utilização da escuta como instrumento terapêutico na compreensão da doença; olhar atento e sensível dos pontos de vulnerabilidade de quebra dos vínculos familiares e sociais; estreitamento dos vínculos da equipe com os familiares portadores de transtornos psiquiátricos severos).

3-Criação de uma equipe volante de saúde mental por parte dos serviços de saúde mental substitutivos, para o desenvolvimento das ações junto as ESF.

4-Integrar a saúde mental nas diversas atividades de grupos oferecidas pelo PSF (caminhadas, ginástica terapêutica, salas de espera, oficinas).

5-Articulações com as diversas formas de organizações populares (associações de bairro, grupos de autoajuda, etc.), buscando construir novos

espaços de reabilitação psicossocial (oficinas comunitárias, hortas comunitárias, cooperativas, etc.).

6-Promover ações para diminuir o comportamento violento, abuso de álcool/consumo de drogas, isolamento social/afetivo, entre outros, através da realização de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

Em relação aos objetivos propostos, foi possível identificar e caracterizar o principal problema de saúde encontrado na área de abrangência do posto de saúde de Beija Flor, que foi sem dúvida o abuso de substâncias psicoativas decorrente da carência na avaliação e acompanhamentos de pacientes portadores de doenças mentais. Para isso foi necessário traçar um plano de intervenção para dar resposta a tais dificuldades.

Avaliou-se a maior parte da população com transtornos psiquiátricos, estabelecendo os novos protocolos de atendimento e acompanhamento periódico, também foi incluída avaliação das famílias envolvidas, durante as visitas domiciliares, já que as famílias têm um papel fundamental no tratamento e recuperação dos pacientes. As famílias receberam total atenção ao ser orientada em sua abordagem ao paciente ou em sua dinâmica de relacionamento durante o processo terapêutico, visto que em muitos casos a família adocece em conjunto, sendo necessário um processo de escuta, apoio e orientação. Trabalhou-se com famílias trazendo questões relacionadas à dinâmica funcional familiar, muitas vezes já cristalizadas ao longo do tempo e que necessitavam serem repensados e apreendidos.

O número de participante foi variável de acordo com o tipo de estratégia oferecida. Em abordagem grupal, foram desenvolvidas estratégias com 11-20 pessoas, já nas comunitárias com 25-35 pessoas, e as familiares ou individuais até 10 pessoas. Os temas abordados foram hábitos e estilos de vida saudável, prática de esporte, higienização do sono, alimentação saudável, planejamento familiar, hábitos tóxicos e sua repercussão sobre a saúde, transtornos mentais mais comuns, psico-fármacos, dependência química, abuso de substâncias, estresse e recreação.

As estratégias objetivaram em sua maioria desenvolver ações de prevenção, educação e promoção da saúde, sendo possível reconhecer que esses termos são muitas vezes utilizados como se foram sinônimas. A literatura descreve que pode descrever educação em saúde como qualquer combinação de experiências de aprendizagem para facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, em quanto que promoção à saúde é uma combinação de apoio educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida condscendentes à saúde; tornando o usuário, sujeito ativo dessa mudança.

A promoção de saúde tem a ótica que os câmbios se logram com a divulgação das estratégias propostas, por isso foi feito um projeto com outras UBS (Dr. Romes Cecílio, Copacabana, Residencial 2000) que também apresentaram problemas similares. Foi estabelecido um protocolo de atendimento para aqueles pacientes em uso de medicação, que se classificaram em pacientes com necessidade de terapia medicamentosa e pacientes com necessidade de outros tipos de terapia não medicamentosa.

Aqueles que fazem uso contínuo de medicação por serem portadores de patologias mais complexas ou crônicas foram reavaliados em relação ao tipo de medicação usada como a dosagem dela, muitos deles já foram consultados com o psiquiatra.

Os demais pacientes que foram caracterizados com: abuso no uso de psicofármacos sem um critério clínico patológico, resultado da carência em seu acompanhamento; sem uma orientação sobre durabilidade do tratamento; resolução dos sintomas ou outros tipos de terapia não farmacológica foram abordados tanto na consulta quanto em palestras sobre a repercussão no abuso de drogas lícitas sobre a saúde física e mental e seus efeitos danificadores sobre o corpo. Os pacientes foram agregados ao grupo especial com apoio de psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, incluindo apoio do CAPS, tendo uma diminuição no consumo de drogas, objetivo primordial do trabalho, recuperando o pleno controle das emoções, decisões e com elas o futuro de cada indivíduo. Ainda falta muito a se fazer, mas são os primeiros passos.

É importante lembrar que a inclusão das ações de saúde mental no PSF depende de uma política de saúde nacional, estadual e municipal que garanta formas de financiamento capazes de manter a integração e a operacionalização das

estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reinserção social, nestas modalidades de serviços substitutivos.

Dependem, também, da disponibilidade para a mudança da organização dos processos de trabalho. Considera-se que todas as pessoas envolvidas no planejamento, implantação, execução e avaliação da construção de uma rede de atenção básica de saúde estão constantemente no processo dinâmico do ensinar-aprender... ou seja, no processo contínuo de trocas em que o relacionamento interpessoal permita assistir, como bem diz SANTOS (2000), “a todos os homens e ao homem total”.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.; CARAVEO-ANDUAGA, J.J. **Cross-sectional comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders.** Bulletin of the World Health Organization, v. 78, p. 413-428, 2008.

AYALON L, GOLDFRACHT M, BECH P. **'Do you think you suffer from depression?' Reevaluating the use of a single item question for the screening of depression in older primary care patients.** Int J Geriatr Psychiatry. 2010;25(5):497-502.

BALLONE, G. J. **Co-dependência.** 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em 15 de junho de 2015.

BATESON A N. **Basic Pharmacologic Mechanisms involved in Benzodiazepine Tolerance and Withdrawal.** Curr Pharm Des 2002; 8(1): 5-21

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS. Relatório de gestão 2012-2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015.** Brasília, 2011.

BRISCHILIARI A, WAIDMAN MAP. **O portador de transtorno mental e a vida em família.** Esc Anna Nery. 2012; 16(1):147-56.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: setembro de 2015.

CORDIOLI, AV. Et al. **Psicofármacos Consulta Rápida.** 5a Edição. Porto Alegre: Artemed 2011.

FOUCAULT, M. **Historia da loucura.** Tradução de Jose Teixeira Coelho Neto. 2. Reimp.da 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GAGE SB et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. **BJM**, 2012.

GONÇALVES, Paulo L. **A unidade de referência e a equipe volante**. SaúdeLoucura 7, São Paulo, n. 1, p. 109-116, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2014. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317010>>; Acesso em 20. Fev. 2015.

JACOB, K. S. et al. Mental health systems in countries: where are we now? **The Lancet** , Volume 370 , Issue 9592 , 1061 – 1077.

LAYARD,R.,D.CHISHOLM,V.PANTEL, and .S.SAXENE. **Mental illness and unhappiness**. In word happiness report; 2013.

LUND, C. et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low- and middle-income countries. **Lancet**, 2011.

MAIA PRIME. Unidade Itapeverica. **O que é transtorno mental**, Disponível em: <<http://www.maiaprime.com.br/o-que-e-transtorno-mental/>> Acesso em: 18/07/2015.

MINISTERIO DE SAÚDE. **Plano nacional de saúde-PNS 2012-2015**.

MOLLER FG. **Drug abuse and dependence**. ACP Medicine. 2011; 1-6.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança** Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001.

PIRAMIDES, F. GEVEGY R. **Transtornos mentais na adolescência**. 2009.

SANTOS, Beatriz R. L. et al. **Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 53, n. especial, p. 49-59, dez.2000.

SERTOR,G. **Perfil epidemiológico dos transtornos mentais e comportamentais nos município da microrregião de Criciúma/SC**.2012.

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas**. 4a Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

TAYLOR, D. et al. **Prescribing Guidelines in Psychiatry**. 12a Edição. Gram Bretanha: Wiley Blackwell, 2015.

TOMLINSON, M. LUND, C. Why does mental health not get the attention it deserves? An application of the Shiffman and Smith Framework. **PLoS Medicine**, 2012.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Núcleo de informações**. 2015b.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde, 2014-2017**. Disponível em: <  
[http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano\\_municipal\\_saude.pdf](http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf)>; Acessado em agosto de 2015a.

WAHLBECK, K. et al. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. **British Journal of Psychiatry**, 2011.