

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FILIFE OTÁVIO CHAVES DUARTE**

**CONTRA-REFERÊNCIA E RENOVAÇÃO DE RECEITUÁRIO DE  
MEDICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Sete Lagoas / Minas Gerais  
2014

**FILIFE OTÁVIO CHAVES DUARTE**

**CONTRA-REFERÊNCIA E RENOVAÇÃO DE RECEITUÁRIO DE  
MEDICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Sete Lagoas / Minas Gerais  
Ano de aprovação: 2015

**FILIFE OTÁVIO CHAVES DUARTE**

**CONTRA-REFERÊNCIA E RENOVAÇÃO DE RECEITUÁRIO DE  
MEDICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Banca Examinadora

Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro (orientador)

Prof. Raquel Conceição Ferreira (examinador)

Aprovado em Belo Horizonte 22/01/2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao orientador Marco Túlio pelo auxílio e orientação prestados, aos familiares, amigos e à Lillian pelo apoio e compreensão. Agradeço a toda equipe da ESF São Francisco pelo prazer do convívio diário e pelo auxílio imensurável na coleta dos dados para a realização do presente trabalho.

## RESUMO

O objetivo do presente trabalho é elaborar um projeto de intervenção para o estabelecimento de uma rede de atenção resolutiva no cuidado dos pacientes psiquiátricos. Foi realizada uma revisão narrativa de literatura baseada em busca na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: Transtornos Mentais, Atenção Primária à Saúde e Prescrições. Artigos selecionados a partir do ano de 1990 e os textos base da disciplina Rede de Atenção: Saúde Mental do curso de Especialista em Estratégia de Saúde da Família foram utilizados. Estabeleceu-se, por meio do método de estimativa rápida, o diagnóstico situacional da comunidade do bairro São Francisco do município de Sete Lagoas, no qual ficou evidente a fragilidade do vínculo entre a atenção primária e secundária no cuidado do paciente com transtornos mentais além da renovação dos receituários de medicações psiquiátricas sem a devida avaliação clínica. A literatura mostra que a prevalência de transtornos mentais na atenção primária no Brasil é alta. O trabalho articulado com fluxos de referência e contra referência está diretamente relacionado a qualidade do serviço prestado. Para o tratamento farmacológico efetivo faz-se necessário esforços de toda a equipe de saúde no acompanhamento desses pacientes. O projeto de intervenção proposto baseia-se em três etapas: realização de uma estimativa rápida para o levantamento de informações referentes à contra referência existente na comunidade, elaboração de uma ficha de contra referência e finalmente a proposição do fluxo dessa contra referência e renovação de medicações psiquiátricas de forma a melhorar o cuidado do paciente da saúde mental.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Assistência Integral à Saúde, Transtornos Mentais, Prescrições.

## **ABSTRACT**

The objective of this study is to develop an intervention project for establishing a resolute care network for patients with mental disorders. A literature narrative review was conducted based on a search in Virtual Health Library with the descriptors: Mental Disorders, Primary Health Care and Prescriptions. Selected articles from the year 1990 and the texts of the discipline Rede de Atenção: Saúde Mental of the Specialist course in the Family Health Strategy were used. The situational diagnosis of the community of the San Francisco neighborhood of Sete Lagoas municipality was established through the rapid assessment method. The situational diagnosis showed the weakness of the link between primary and secondary care in comprehensive health care for patients with mental disorders and the renewal of the prescription of psychiatric medications without proper clinical evaluation. The literature shows that the prevalence of mental disorders in primary care in Brazil is high. The joint work with reference and counter reference flows is directly related to quality of the comprehensive health care. For the effective pharmacological treatment are necessary efforts of the entire health care team to monitor these patients. The intervention project is based on three steps: a rapid assessment to collect data related to the existing counter reference in the community, the development of a counter reference record sheet and finally a creation of a flow of this counter reference record sheet to allow renewal of psychiatric medication prescriptions and improve the mental health patient care.

**Keywords:** Primary Health Care, Comprehensive Health Care, Mental Disorders, Prescriptions.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>8</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>9</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>9</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>9</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>10</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>11</b>
<b>5.1 Epidemiologia e Importância dos Transtornos Mentais na Saúde     Básica .....</b>	<b>11</b>
<b>5.2 Reforma Psiquiátrica e o Cuidado com o Doente Mental.....</b>	<b>12</b>
<b>5.3 O Tratamento Farmacológico dos Transtornos Mentais.....</b>	<b>14</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>6.1 Nós Críticos.....</b>	<b>17</b>
<b>6.2 Etapa 1 – Avaliação da Contra Referência da Saúde Mental.....</b>	<b>18</b>
<b>6.3 Etapa 2 – Construção da Contra Referência.....</b>	<b>22</b>
<b>6.4 Etapa 3 – Criação do Fluxo de Contra Referência do Paciente da     Saúde Mental.....</b>	<b>24</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>31</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Sete Lagoas é um município de Minas Gerais, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, distando aproximadamente 70Km desta cidade. População estimada em 2013 de 227.571 habitantes.

Há 34.075 famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), num total de 128.019 pessoas, todas em zona urbana.

O bairro São Francisco de Assis, onde está situada a ESF São Francisco para a qual será desenvolvido o projeto de intervenção desse trabalho de conclusão de curso (TCC) localiza-se ao norte do município de Sete Lagoas. Trata-se de bairro de classe média baixa com altos índices de criminalidade, principalmente relacionados ao tráfico e consumo de drogas, importantes problemas detectados no diagnóstico situacional rápido do módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde do Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF).

A unidade ESF São Francisco encontra-se articulada na rede de atenção à saúde mental e há uma parcela expressiva de pacientes com comorbidades mentais e uso de benzodiazepínicos. A referência mais próxima é o serviço de psicologia do NASF e de psicologia e psiquiatria da UBS Manoa. Infelizmente, tem-se uma articulação fraca com a atenção em nível secundário e terciário e o cuidado ainda não ocorre de forma plena. Tem-se uma relativa facilidade de consultas agendadas com esses profissionais da atenção secundária num período de, aproximadamente, 1 a 2 meses. Além disso, há uma proximidade geográfica do local onde se realiza o atendimento. Apesar de o encaminhamento ocorrer de forma adequada, o mesmo não ocorre com o fluxo de contra referência. Este fluxo não ocorre de forma eficaz e o paciente perde-se na rede de atenção à saúde mental gerando diversos problemas.



## 2 JUSTIFICATIVA

As desordens psiquiátricas são em sua maioria condições crônicas de saúde que resultam em grande impacto na vida dos pacientes e morbidade importante. Podem ser abordadas em todas as esferas de atenção à saúde. As atenções primária e secundária destacam-se pelo objetivo de condução do paciente no curso crônico da condição apresentada. Aqueles pacientes com comorbidades mais complexas e graves ou mesmo descompensados do ponto de vista clínico merecem uma atenção em nível secundário ou até mesmo terciário. Já os pacientes com quadros leves e aqueles complexos compensados podem ser abordados na atenção primária.

A rede de atenção a esses pacientes se bem articulada permite um cuidado integral e contínuo do usuário. Esse cuidado integral permite melhor acompanhamento da condição de saúde, menores índices de recidiva ou agudizações e menor deslocamento do usuário na rede de atenção melhorando, assim, a qualidade de vida desse usuário. Para que essa abordagem seja completa é necessária uma interlocução com referência e contra-referência muito bem estabelecida.

Portanto, esse trabalho, justifica-se pela importância e necessidade do cuidado pleno do paciente com saúde mental.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Desenvolver um projeto de intervenção para estabelecimento de uma rede de atenção primária e secundária resolutiva no tratamento e acompanhamento dos pacientes psiquiátricos.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Estabelecer mediante estimativa rápida participativa um levantamento das contra referências dos pacientes com transtornos mentais;
- Propor um projeto de intervenção para a melhoria da contra referência da saúde mental;
- Propor um fluxo de renovação de prescrições de medicamentos psicotrópicos.

#### 4 METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma revisão narrativa da literatura científica de forma a subsidiar o projeto de intervenção deste TCC. Para o levantamento de artigos, realizou-se a busca de dados na BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, banco de dados que engloba a busca simultânea em várias fontes primárias como LILACS, PUBMED e IBECs. Os descritores utilizados foram Transtornos Mentais, Atenção Primária à Saúde e Prescrições. Foram selecionados textos a partir do ano de 1990 até a presente data, na língua inglesa e portuguesa sob o critério de atender o objetivo proposto por este estudo e em função de sua relevância. Utilizaram-se, também, os textos base da disciplina “Rede de Atenção: Saúde Mental” do curso de Especialista em Estratégia de Saúde da Família e suas referências bibliográficas.

Em um segundo momento, diante do diagnóstico situacional rápido e da revisão bibliográfica, propõe-se um projeto de intervenção considerando-se a disciplina de Planejamento e Avaliação em Saúde do CESF e o respectivo módulo de leitura de Campos *et al.* (2010) como base para sua construção. Esse projeto de intervenção foi desmembrado em três etapas como será detalhado posteriormente.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Epidemiologia e Importância dos Transtornos Mentais na Saúde Básica

A prevalência de problemas mentais na atenção primária é alta, notadamente em países com baixa e média renda e com uma proporção especialmente elevada no Brasil (GONÇALVES *et al.*, 2014).

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais graves e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves) (BRASIL, 2003).

Apesar de tais dados, estudo realizado por Gonçalves *et al.* (2014) aponta taxas mais elevadas de transtornos mentais nos usuários do Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre que foram, respectivamente, 51,9%, 53,3%, 64,3% e 57,7%.

Fato corroborado pelo estudo de Andrade *et al.*, (2012) realizado na metrópole São Paulo que evidencia transtornos de ansiedade como os mais comuns (19,9%) seguidos de transtornos de humor (11%), impulsividade (4,3%) e uso de substâncias (3,6%), valores também elevados e que devem alertar profissionais da saúde e governantes quanto a políticas públicas.

Outro fato importante é relacionado a indivíduos com quadros subclínicos de depressão e ansiedade que são frequentes na atenção primária. Apresentam queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos ditos “poliqueixosos”, contumazes usuários de serviços médicos (LLOYD, 1986 *apud* PEREIRA; VIANNA, 2013). Johson *et al.*, (1992) sugerem que essas condições são importantes contribuintes na deterioração geral e alta utilização dos serviços de saúde.

Morbidades psiquiátricas são mais comuns em mulheres, principalmente as desempregadas com menor nível educacional e com baixa renda (GONÇALVES *et al.*, 2014). Existem muitas razões que podem explicar a alta prevalência de transtornos de ansiedade no Brasil, como a violência urbana generalizada e as condições socioeconômicas adversas (GONÇALVES *et al.*, 2014).

## 5.2 Reforma Psiquiátrica e o Cuidado com o Doente Mental

No Brasil, a segregação e exclusão social marcaram a assistência psiquiátrica até o fim da década de 70. Nos últimos 30 anos, as políticas de saúde mental têm sido norteadas pela busca da cidadania, pelo resgate da autonomia e pela igualdade social do portador de transtorno mental (PEREIRA; VIANNA, 2013). A Reforma da Assistência Psiquiátrica surgiu no bojo da Reforma Sanitária, a qual lhe deu sustentação política. Com o passar do tempo, a Reforma da Assistência Psiquiátrica organizou-se como um movimento social independente (BARROS, 1996 *apud* PEREIRA; VIANNA, 2013 p. 27).

A atual política do Ministério da Saúde para a área da saúde mental tem como diretriz a “implantação de uma rede integrada, de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social, sob a diretriz da reabilitação psicossocial” (DELGADO *et al.*, 2001; BRASIL, 2003).

Propõe-se que uma demanda substancial de problemas mentais possa ser reduzida através da integração saúde mental nos cuidados primários, particularmente em locais com altos níveis de desigualdade e privação sócio-econômica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL, 2003).

Podemos afirmar que cuidar é basicamente um ato criador, atento, perspicaz às necessidades e singularidades de quem o demanda. O cuidado é único e é sempre dirigido a alguém (PEREIRA; VIANNA, 2013). Muito importante no ato de cuidar é a abordagem psicossocial que acentua o reconhecimento do papel dos usuários, da família, da comunidade e de outros profissionais de saúde como fontes geradoras de recursos para o tratamento do transtorno mental e da promoção da saúde mental (SARACENO, 1999).

Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2003). Não só os agravos claramente relacionados aos distúrbios mentais, mas todo problema de saúde, pois esse é também – e sempre – mental. Paralelamente toda

saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica (BRASIL, 2003).

As equipes da ESF devem assumir o acompanhamento daqueles portadores de sofrimento mental em que o grau de complexidade do problema apresentado pelo paciente e dos recursos necessários para seu cuidado forem menores (MINAS GERAIS, 2006). Quando esse grau de complexidade extrapola as possibilidades dos profissionais não especializados, o caso deve ser encaminhado para a unidade básica mais próxima que disponha de profissionais de Saúde Mental (MINAS GERAIS, 2006).

Além disso, a possibilidade de responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências para a atuação em saúde (PEREIRA; VIANNA, 2013).

Assim, num trabalho articulado entre as unidades básicas ligadas a uma equipe de Saúde Mental, é preciso definir bem os fluxos e os critérios de encaminhamento para um cuidado completo do paciente (MINAS GERAIS, 2006).

A relação entre os profissionais de saúde mental e da Atenção Básica deve ser pautada pelo cuidado compartilhado junto ao portador de transtorno mental. O plano terapêutico deve ser definido de acordo com o grau de complexidade do caso e não pela conduta burocratizada da referência e da contra referência, quando quem encaminha “se sente aliviado” e quem recebe “arca com o ônus” do encaminhamento (PEREIRA; VIANNA, 2013).

Dessa forma, torna-se imprescindível que as equipes da ESF adquiram noções básicas de Saúde Mental, mas caso exista um nível mais complexo de saberes desta área os seus profissionais não são obrigados a conhecer. Portanto, a disponibilidade da equipe de Saúde Mental é essencial: cabe-lhe ajudar a abordagem destas questões, seja através de reuniões e de debates periódicos, seja no cotidiano do serviço – discutindo alguns casos, avaliando outros, recebendo aqueles que se agravam ou se complicam (MINAS GERAIS, 2006).

Para a equipe de Saúde Mental é de grande importância, ainda, a prática da referência e contra-referência com os outros serviços da rede (MINAS GERAIS,

2006) e a forma como o serviço se organiza para responder às necessidades do usuário está diretamente relacionada à sua qualidade (PEREIRA; VIANNA, 2013).

### **5.3 O Tratamento Farmacológico dos Transtornos Mentais**

Os medicamentos psiquiátricos tratam distúrbios mentais. Às vezes chamados psicotrópicos ou medicamentos psicoterápicos, eles mudaram a vida das pessoas com transtornos mentais para melhor (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2010).

Apesar de todo o benefício há efeitos colaterais importantes e cabe ao médico prescritor unir o conhecimento adquirido de uma coletividade construída artificialmente àquele contexto único de um sujeito vivo num determinado ponto de sua trajetória (MINAS GERAIS, 2006).

Assim sendo, é preciso conhecer o histórico clínico daquele indivíduo, incluindo patologias clínicas atuais e pregressas, além de ter especial atenção a outras medicações em uso (MINAS GERAIS, 2006) de forma a atuar escolhendo o remédio certo, dose da medicação; o plano de tratamento baseado nas necessidades individuais de uma pessoa e de sua situação médica (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2010).

Partindo-se do pressuposto que os transtornos de ansiedade e humor predominam, antidepressivos e benzodiazepínicos inserem-se como importantes classes medicamentosas no tratamento desses pacientes.

As pessoas que tomam antidepressivos precisam de seguir as instruções de seus médicos. O medicamento deve ser tomado na dose certa para a quantidade certa de tempo. Pode levar três ou quatro semanas até que o medicamento produza efeitos. O período de tratamento é variável e algumas pessoas tomam os medicamentos por um curto período de tempo, enquanto outras por períodos muito mais longos (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2010).

Numerosas recaídas observadas na clínica cotidiana estão relacionadas com interrupção precoce dos psicofármacos, particularmente na chamada fase de manutenção, quando já se alcançou estabilidade psiquiátrica e o fármaco precisa ser mantido por mais tempo. É preciso admitir que o tratamento farmacológico é difícil de ser seguido, tendo em vista efeitos colaterais, tempo prolongado de alguns tratamentos, etc (MINAS GERAIS, 2006).

Sempre que existe necessidade de manutenção de psicofármacos por longo período, faz-se também preciso um significativo investimento de tempo e de esforços de toda a equipe de saúde no atendimento continuado destes pacientes, reactualizando periodicamente os laços do usuário com seu tratamento (MINAS GERAIS, 2006).

Os benzodiazepínicos são utilizados para o tratamento de várias condições como a insônia, ansiedade e dor lombar crônica. Eles têm consideráveis efeitos adversos, incluindo alterações de memória, aumento de quedas, e principalmente a dependência (BARKER, 2004).

É provável que devido tais efeitos adversos, médicos de família são ambivalentes em relação à prescrição de benzodiazepinas e incoerentes com relação às estratégias de gestão sua utilização. Não só diferentes médicos variam na medida em que eles estavam dispostos a prescrever benzodiazepínicos, mas as abordagens individuais variaram tornando a decisão sobre prescrever ou não muitas vezes desconfortável, exigente e complexa e amplamente variável com relação à pressão de prática diária (SIRDIFIELD et al., 2013).

Mantet *al*, (1988) argumentam que os médicos prescritores podem ter um efeito significativo sobre os padrões de uso de drogas de seus pacientes. Se os médicos usam a simples estratégia de seleção inicial do paciente adequado a receber tal medicação e reavaliações contínuas eles podem ter um impacto sobre o problema da dependência da droga psicotrópica. Nesse fato reside a importância do acompanhamento e do cuidado continuados de tais pacientes.



## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Dados recentes de junho de 2014 apontam 761 famílias cadastradas na ESF São Francisco, totalizando 3246 usuários. Informações recentes sobre condições de saúde, faixa etária e uso de psicotrópicos coletadas por meio das agentes comunitárias de saúde são apresentadas no quadro 1.

**Tabela 1 – Dados do ESF São Francisco referentes ao mês de junho/2014 divididos por equipe de saúde**

Categoria	Equipes						Total
	1	2	3	4	5	6	
Gestantes	4	0	2	5	7	2	20(0,6%)
Idosos (>60 anos)	67	56	80	54	55	82	394(12,1%)
Crianças 0-2 anos	11	11	13	9	13	4	61(1,9%)
Deficientes físicos	2	2	4	2	5	3	18(0,6%)
Tuberculose	0	0	0	0	0	0	0
Hanseníase	0	0	0	0	0	0	0
Usuário de Drogas	21	9	10	16	11	16	83(2,6%)
Problemas mentais	27	30	19	37	18	37	168(5,2%)
Uso de Benzodiazepínicos	11	7	16	10	12	21	77(2,4%)
Portadores HIV	1	0	1	0	1	1	4(0,1%)

Fonte: Ficha A preenchidas pelas Agentes Comunitárias de Saúde

Vários são os problemas encontrados na realidade vivida pela comunidade do São Francisco: violência urbana, elevado número de usuários de drogas, uso abusivo de benzodiazepínicos, sobrecarga da atenção primária, dentre outros.

Aquele com importante relevância, dentro da capacidade de enfrentamento dos profissionais da área de saúde e também notado claramente por toda equipe foi sem dúvida o cuidado do paciente com transtornos mentais.

Trata-se de um problema de longa data baseado na fragilidade do vínculo entre as atenções primária e secundária da saúde mental. São notadas duas vertentes importantes do problema do fraco vínculo:

1 - Aqueles pacientes com comorbidades psiquiátricas que poderiam ser acompanhadas na atenção primária, quando referenciados à atenção secundária não apresentam contra referência eficaz dificultando o acompanhamento na ESF. Com quadros mais crônicos e muitas vezes estáveis, as consultas psiquiátricas não

apresentam periodicidade inferior ao prazo de validade do receituário. O médico generalista da ESF pela proximidade e cultura preexistente assume a responsabilidade de renovação da medicação ao paciente que, muitas das vezes, não possui nem o diagnóstico no prontuário.

2 - Alguns pacientes com comorbidades psiquiátricas merecem atenção em um nível secundário. Desses pacientes, não há informações em prontuários tais como diagnóstico, frequência e regularidade do acompanhamento. Muitos desses pacientes consultam-se apenas com o psiquiatra e não comparecem a consultas com clínicos ou generalistas. Novamente, o médico generalista da ESF pela proximidade e cultura preexistente assume a responsabilidade de renovação da medicação ao paciente que, muitas das vezes, não possui nem o diagnóstico no prontuário. Ademais, o médico desconhece informações importantes, evolução do quadro psiquiátrico, regularidade do acompanhamento, uso correto da medicação prescrita.

Uma solução parcial para minimizar o problema seria agendamento de consultas médicas com generalista para esclarecimento e avaliação do quadro. Devido a grande demanda por consultas médicas reprimidas já existente no serviço, a renovação de receitas apenas após a avaliação do clínico fica inviabilizada.

Tem-se então um problema importante: a ausência do cuidado continuado do paciente com comorbidades mentais que ocorre principalmente pela falha na integração no sistema de atenção à saúde além da renovação e dispensação de medicações psiquiátricas sem a avaliação pormenorizada do profissional da saúde.

### **6.1 Nós críticos**

A problemática foi estabelecida a partir de uma visão subjetiva de toda equipe de saúde ao deparar-se com renovações de receituários com medicações psiquiátricas e desconhecimento do diagnóstico e acompanhamento do paciente. Assim, o projeto de intervenção foi montado em três etapas:

A primeira etapa e também o primeiro nó crítico é a necessidade de comprovação de que a contra-referência entre a atenção secundária e a atenção primária relativa à saúde mental encontra-se fragilizada. Para a comprovação dessa fragilidade, prontuários de pacientes vinculados a saúde mental e que renovaram a

prescrição médica no ESF São Francisco no período de, aproximadamente, um mês foram revisados buscando dados.

Confirmada a hipótese, o principal nó crítico do problema torna-se o estabelecimento de uma contra referência eficaz que resolveria grande parte da problemática apresentada. Permitiria estabelecer se o acompanhamento está adequado, se o paciente comparece às consultas marcadas, como está a evolução do quadro clínico e definiria os possíveis diagnósticos com diretrizes para facilitar o acompanhamento de muitas condições pela atenção primária.

Logo, em um período posterior, na segunda etapa, os dados coletados foram analisados para o estabelecimento de problemas mais importantes que definiram as informações mais importantes na construção de uma contra referência eficaz, sugerindo-se a criação de uma ficha de contra referência.

Outro nó crítico é a renovação do receituário médico sem a avaliação do paciente e o controle do uso correto. É impossível interromper bruscamente o fornecimento das medicações de uso contínuo já utilizadas pelo paciente. Essa interrupção geraria descontrole da condição apresentada, com agudização de muitas condições clínicas antes crônicas. O acometimento agudo de inúmeros pacientes também poderia gerar uma sobrecarga de toda rede de atenção.

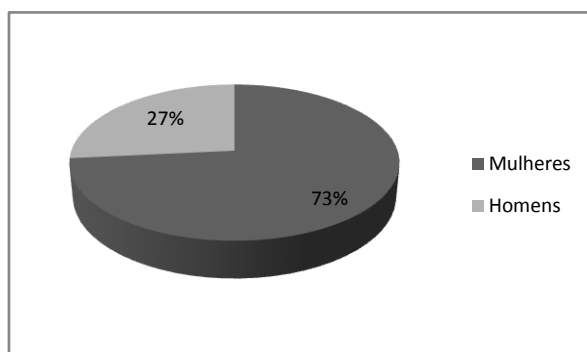
Na etapa final, foi proposto no projeto de intervenção um fluxo de contra referência para a melhoria da mesma, da renovação de medicações psicotrópicas e conseqüentemente do cuidado para com o paciente com transtornos mentais.

## **6.2 Etapa 1 – Avaliação da Contra Referência da Saúde Mental**

Essa etapa do projeto baseou-se na necessidade de avaliar a situação de contra referência existente no serviço de saúde mental com relação à ESF São Francisco. Foi utilizado o método de estimativa rápida, um método importante para obtenção de informações válidas no processo de planejamento e caracteriza-se por ser uma ferramenta de custo reduzido, eficiente e de fácil execução. Utilizou-se como fonte de coleta de dados prontuários de pacientes cujos receituários foram renovados no período de 01/06/2014 a 30/06/2014. Foram coletados dados sobre diagnóstico ou outra informação qualquer que pudesse remeter a um quadro psiquiátrico, relatório de contra referência da psiquiatria anexado ao prontuário,

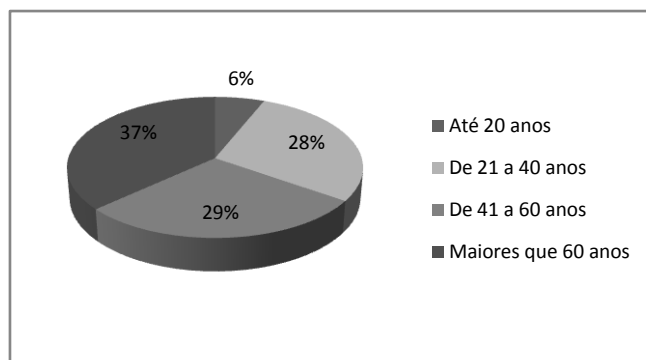
idade, sexo e medicações utilizadas. Coube as agentes comunitárias de saúde a coleta das informações sobre a existência atual ou não de acompanhamento na atenção secundária. Os resultados encontram-se descritos abaixo:

No período de um mês foram renovadas receitas de 49 usuários com medicações psiquiátricas. Como pode ser observado no Graf. 1, deste total de 49 usuários, 36 (73,5%) são do sexo feminino e 13 (26,5%) do sexo masculino. Tal distribuição corrobora com o dado apresentado na revisão bibliográfica que aponta predomínio do sexo feminino nos transtornos psiquiátricos atendidos em UBS.



**Gráfico 1 – Distribuição por sexo dos receituários médicos renovados na ESF São Francisco em junho de 2014.**

Os usuários abaixo de 20 anos na realidade apresentam, todos, idades inferiores a 10 anos. Trata-se, portanto, de crianças com transtornos mentais. Nota-se importante acometimento da faixa etária entre 20 e 60 anos, onde se concentra a maior parte da mão de obra do mercado de trabalho. Tal dado é relevante na medida em que representa mais da metade (57,1%) de todos os pacientes e que transtornos mentais são causas de desemprego, licença, atestados médicos e queda na produção da indústria. A inserção desses pacientes em atividades laborais é preconizada dentro do cuidado considerando a nova ótica da reforma psiquiátrica. Os pacientes idosos são os mais acometidos (36,7%) e, como os quadros subclínicos são muito frequentes e de difícil diagnóstico, tal dado pode estar subestimado. Trata-se de uma faixa etária em que a presença de comorbidades orgânicas é mais elevada e, portanto, um cuidado continuado compartilhado com avaliação física juntamente à mental seria desejável.



**Gráfico 2 – Distribuição por idade dos receituários médicos renovados na ESF São Francisco em junho de 2014.**

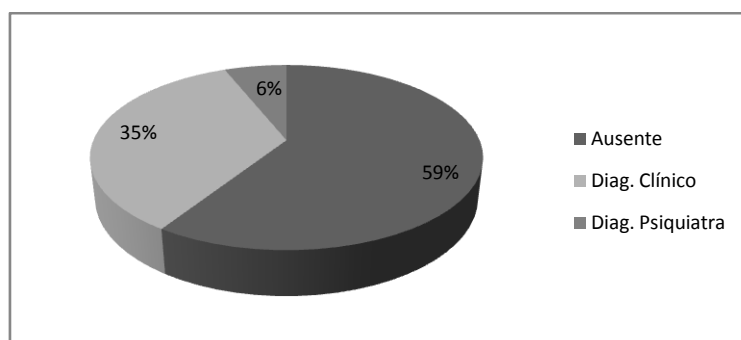
Do total dos usuários, 18 (36,7%) apresentam acompanhamento psiquiátrico em nível secundário, 5 deles com psiquiatra não pertencente a rede pública. De todos, apenas 3 (16,7%) apresentam relatório médico de contra referência, todos eles provenientes do psiquiatra da rede de cuidados mentais do SUS. Nos relatórios constam-se sempre o diagnóstico ou hipóteses diagnósticas além das medicações em uso. Percebe-se baixíssimo índice de contra referência entre a saúde mental e atenção básica.

Com relação ao diagnóstico, os três usuários que apresentam relatório do médico psiquiatra são os únicos que apresentam diagnósticos ou hipóteses diagnósticas formuladas pelo psiquiatra. Todos os outros 15 que acompanham na atenção secundária não apresentam relato por escrito por parte do médico clínico ou generalista de um diagnóstico firmado pelo psiquiatra, apesar de que oito deles apresentam alguma informação relacionada ao quadro psiquiátrico formuladas pelo próprio médico assistente.

Dezessete pacientes apresentam diagnóstico ou hipóteses diagnósticas ou alguma informação que remeta ao quadro psiquiátrico no prontuário elaborada pelo médico da UBS. Logo, dos 31 pacientes acompanhados unicamente pela atenção primária, apenas nove apresentam diagnóstico ou hipótese diagnóstica ou alguma informação que remeta ao quadro psiquiátrico.

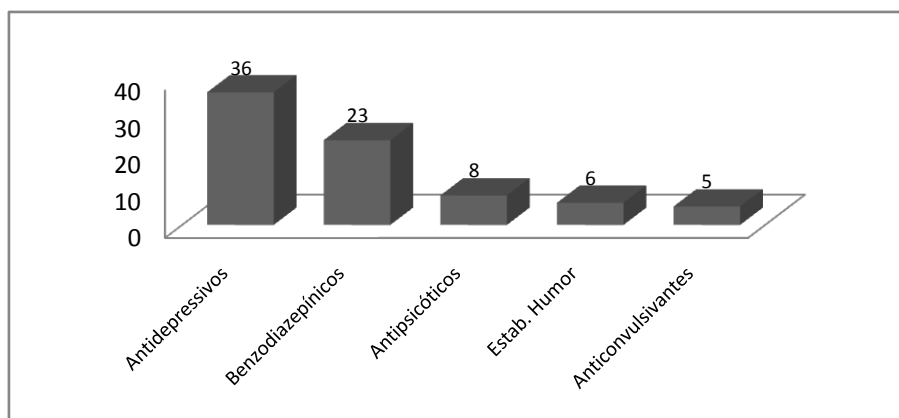
A grande maioria, 29 pacientes (59,1%), não apresenta nem diagnóstico nem hipótese diagnóstica ou qualquer menção que remeta ao quadro psiquiátrico. Novamente nota-se pouca interlocução entre a saúde mental e a atenção básica. Outro importante dado é a falta de anotações em prontuários médicos por parte dos

clínicos o que também dificulta o acompanhamento desses pacientes no cuidado continuado.



**Gráfico 3 – Distribuição dos prontuários cujos pacientes tiveram receituário de psicotrópicos renovado no mês de junho de 2014 na ESF São Francisco analisados segundo a presença e autoria do diagnóstico médico-psiquiátrico.**

Por fim, observou-se o uso de medicações pelos pacientes. A distribuição encontra-se abaixo:



**Gráfico 4 – Distribuição das medicações renovadas por classe farmacológica no mês de junho de 2014 na ESF São Francisco.**

Obviamente o número total é maior que o número de paciente uma vez que cada paciente pode fazer uso de mais de uma medicação. Observa-se maioria absoluta de antidepressivos seguidos pelos benzodiazepínicos. Como esperado, há o predomínio de antidepressivos. Tal fato justifica-se pela própria epidemiologia dos quadros atendidos nas UBS em que se encontra o predomínio de transtornos de humor e ansiedade, ambos de tratamento baseado em antidepressivos. O elevado número de benzodiazepínicos também é preocupante pois como trata-se de receituários renovados e não prescritos pela primeira vez, tal fato aponta um uso

crônico de tais drogas que apresentam efeitos adversos importantes de dependência e tolerância, dentre outros.

A partir dos dados coletados nota-se uma rede fragilizada em que a contra referência apresenta-se ineficaz além da ausência de registros por parte dos médicos da UBS. O resultado é o desconhecimento do usuário, sua história, diagnóstico e evolução no tratamento além de um prontuário mal preenchido impossibilitando o cuidado e acompanhamento de tal paciente. Tal usuário perde-se na rede e mantém acompanhamento prioritariamente na saúde mental com o desconhecimento do clínico da UBS. Além disso, busca a atenção primária apenas quando lhe convém: para condições orgânicas agudas ou agudizações de quadros psiquiátricos ou para a renovação de receituários. Tal atitude dificulta o cuidado: o usuário não realiza exame periódico para a avaliação da saúde, avaliação rotineira do transtorno psiquiátrico, uso correto da medicação ou ajustes em doses e avaliação de efeitos adversos.

Outra consequência do quadro apresentado é a sobrecarga da atenção secundária por uma demanda que em alguns casos poderia ser solucionada pela atenção primária ou pelo compartilhamento responsável do paciente. As equipes da atenção básica que atuam como recurso estratégico pela proximidade das famílias e da comunidade não atuam. Tal situação destoa dos princípios da longitudinalidade proposto na construção do SUS, do princípio da adscrição da clientela na construção da ESF e da política do Ministério da Saúde de implantação de uma rede integrada.

### **6.3 Etapa 2 – Construção da contra referência**

Nessa segunda etapa propôs-se a criação de uma ficha de contra referência que auxiliasse no fortalecimento dos laços da rede de cuidado do paciente mental. Infelizmente, após sete meses de instalação do profissional médico na ESF e definição desse objetivo no projeto de TCC descobriu-se a já existência de tal instrumento.

O desconhecimento prévio de tal instrumento apenas reforça o fraco vínculo de contra referência existente no serviço uma vez que caso fosse um artifício utilizado o mínimo possível, as fichas seriam visualizadas no prontuário médico durante as consultas.

As possíveis hipóteses para o não preenchimento da ficha são: grande quantidade de usuários e, conseqüentemente, grande número de fichas a serem preenchidas, sobrecarga da atenção secundária com tempo insuficiente para o preenchimento, desinteresse por parte dos psiquiatras, desconhecimento do interesse da atenção básica em fortalecer a rede de atenção mental.

A ficha utilizada pelo município de Sete Lagoas pode ser visualizada no (ANEXO 1). Como pode ser percebido, é uma ficha simples, com dados básicos, de fácil e rápido preenchimento. Foi criada levando-se em consideração todas as hipóteses levantadas acima como nós críticos do preenchimento. A princípio, todos os dados já existentes constituem-se as informações mais básicas para o atendimento do paciente de saúde mental referenciado para médico da atenção primária.

Diante de tal realidade, propõem-se duas estratégias para o enfrentamento da situação. A primeira seria a conscientização dos psiquiatras e todos envolvidos na rede de atenção mental da importância da contra referência e da realidade existente na unidade de saúde São Francisco. A segunda estratégia consistiria de um aprimoramento da ficha de contra referência.

Para a conscientização do problema é proposto a apresentação do mesmo no matriciamento de saúde mental já existente no serviço. Esse é o local mais propício para tal atitude pois é possível atingir todos os envolvidos e ainda debater sobre o tema. Sugere-se apresentar os dados colhidos de forma a expor a realidade e os problemas envolvidos que, provavelmente, são desconhecidos pelos psiquiatras. Ao mesmo tempo, é uma possibilidade de demonstrar o interesse atual pelo tema que já está em discussão na unidade São Francisco e mostrar-se disponível para a possibilidade de ampliação do cuidado compartilhado. Além disso, a partir de discussões, ideias novas podem surgir de forma a melhorar o cuidado do paciente da saúde mental.

A segunda estratégia é a ampliação da ficha de contra referência de forma a torná-la mais completa com dados relevantes ao acompanhamento do paciente mental. Obviamente o foco na simplicidade, agilidade e facilidade de preenchimento não pode ser perdido pois isso poderia inviabilizar ainda mais sua implantação. Os dados atualmente presentes são: carimbo da unidade, nome do paciente, CID, medicações, observações, data do retorno e assinatura do médico com carimbo. É proposto o acréscimo de: idade, ocupação, e um terceiro campo contendo itens que dificultam a adesão ao tratamento.



A idade é obviamente importante pois afeta todos os aspectos: epidemiologia, clínica, tratamento e até mesmo o prognóstico. Já o fator ocupação é um importante indicador da qualidade de vida do paciente, inserção na comunidade, controle do quadro mental, dentre outros.

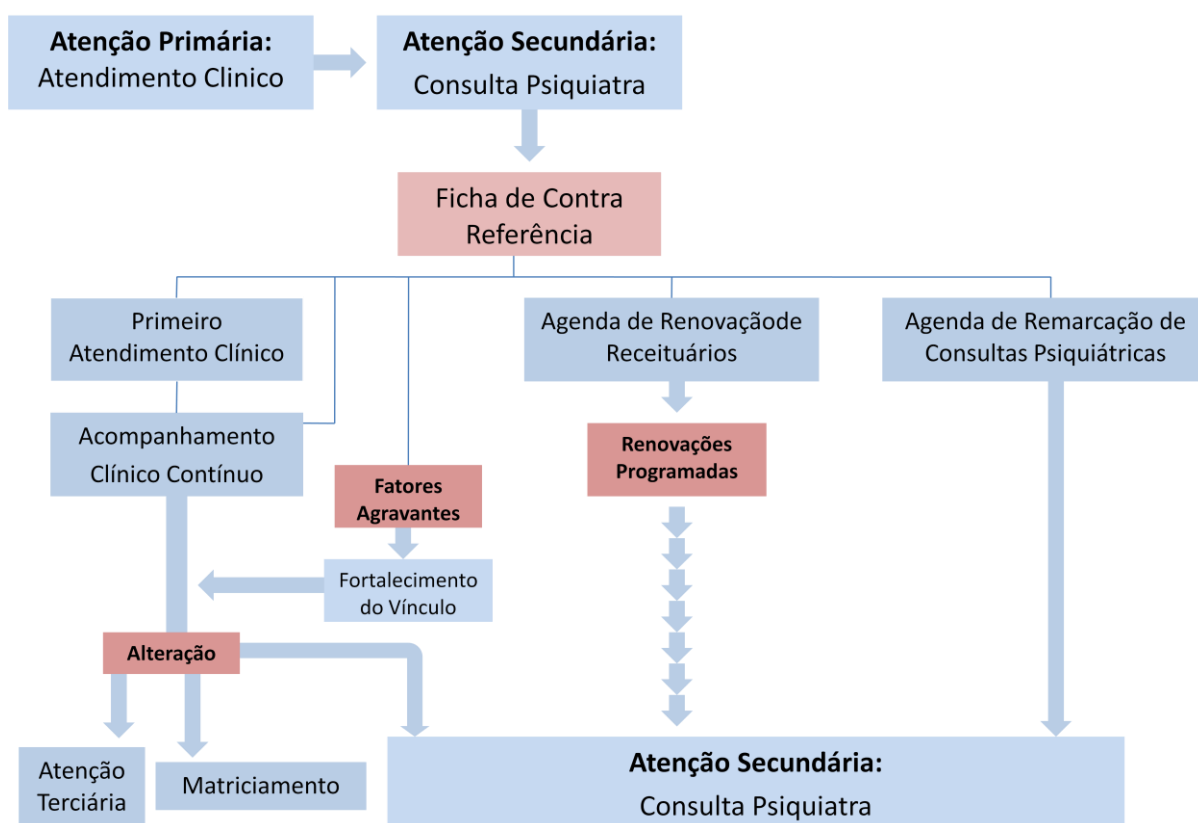
O terceiro item será baseado em um box nomeado Fatores Agravantes com itens para assinalar com um X de forma a facilitar o preenchimento. São propostos itens que dificultam a adesão ao tratamento por parte do paciente seja ele medicamentoso ou clínico apenas. Servem como um alerta para toda a equipe de saúde de forma a facilitar o acompanhamento e monitorização do tratamento desse paciente. Ao observar tal item assinalado a equipe tem a possibilidade de antecipar uma possível causa de não aderência e de intervir de forma prévia ou precoce a tal evento. Os fatores agravantes propostos são:

- Socioeconômico: condição financeira ou de vulnerabilidade social que impeça a correta adesão ao plano terapêutico;
- Educacional: analfabetismo, dentre outros que impossibilitem a compreensão do tratamento clínico ou uso correto das medicações;
- Resistência ao tratamento/ medicação: paciente que demonstra dificuldade na aceitação do plano terapêutico proposto ou drogas prescritas;
- Uso incorreto/inadequado da medicação: Uso abusivo, posologia inadequada, horários de ingestão incorretos são exemplos;
- Familiar: Dificuldade de aceitação ou compreensão do quadro por parte da família, abandono familiar;
- Outros: Único campo livre para preenchimento de outro fator que possa dificultar a adesão.

#### **6.4 Etapa 3 – Criação do Fluxo de Contra Referência do Paciente da Saúde Mental**

Nessa terceira etapa, estabelece-se um fluxo de contra referência eficaz levando-se em consideração o cuidado do paciente. Foi criado pensando na contra referência, renovação de receituário e remarcação de consultas na atenção secundária. O fluxo proposto é apresentado na figura abaixo:

**Figura 1 – Fluxo sugerido de contra referência do paciente da saúde mental**



Inicialmente tem-se o paciente atendido na rede primária que necessita de uma referência ou o paciente já acompanhado pelo atendimento secundário, mas ainda desconhecido pela atenção básica. Após a consulta com o psiquiatra a ficha de contra referência é preenchida e enviada via mala direta para a UBS. A partir dos dados obtidos, estabelecem-se três caminhos básicos, a saber:

- O primeiro deles relaciona-se ao acompanhamento na atenção primária. Caso o paciente seja acompanhado previamente na atenção primária e conhecido pela equipe de saúde é necessário manter apenas o acompanhamento regular e usual. Por outro lado, se o paciente é acompanhado somente pela atenção secundária, sem frequentar a atenção primária e desconhecido pela equipe de saúde, agenda-se uma consulta para o estabelecimento do vínculo de cuidado, avaliação clínica e abordagem do quadro psiquiátrico. As consultas ocorrem de forma regular de acordo com o estabelecido após a avaliação clínica da gravidade do quadro do paciente.

O campo alteração de vermelho interposto no primeiro caminho apresenta uma gama ampla de significados. Essa alteração poderá ser uma descompensação

de um quadro crônico prévio, uso permanentemente incorreto da medicação mesmo após abordagem da equipe de saúde, problemas sociais que impedem o tratamento incorreto, dentre outros. De forma geral significa uma modificação intensa do equilíbrio apresentado no tratamento clínico previamente realizado de forma que impossibilite o acompanhamento usual já realizado no serviço de atenção básica. Esse paciente deverá ser referenciado novamente conforme o problema apresentado. Por exemplo, caso o médico note que a medicação não está adequada, reduzindo sintomas e melhorando o quadro clínico ou com efeitos adversos que ele não consiga manejar na atenção primária, o paciente é novamente referenciado à atenção secundária ou seu caso poderá ser discutido no matriciamento da saúde mental de forma a estimular cuidado compartilhado. Outra situação que poderá exigir um novo referenciamento antes do período estipulado é a agudização de um quadro prévio. Nesse caso o paciente poderá ser também encaminhado para a atenção terciária dependendo da gravidade. Problemas socioeconômicos poderão ser referenciados para o serviço social.

Pacientes com fichas assinaladas com os “Fatores Agravantes” merecem atenção maior. Para esses pacientes sugere-se alertar toda a equipe de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde que deverão estar atentos, reforçando o vínculo do cuidado, realizando visitas domiciliares mais frequentes para evitar o abandono ou inadequação do tratamento.

- O segundo caminho relaciona-se ao fluxo de renovação do receituário de medicações psiquiátricas. Ao analisar a ficha de contra referência, tem-se o período de retorno do paciente na atenção secundária. Enquanto o retorno é aguardado pelo paciente, o médico da unidade básica torna-se o responsável pela renovação do receituário médico e acompanhamento do paciente. Assim, o nome do paciente é colocado numa agenda própria para a renovação de receituários com datas já estipuladas de renovação. Dessa forma, em um exemplo hipotético, caso o paciente retorne à saúde mental em 6 meses e considerando a validade do receituário como dois meses, têm-se apenas dois períodos de renovação: após 2 meses da primeira consulta e após 4 meses da mesma consulta. Nessa agenda, constará o nome do paciente no dia e mês adequados para a renovação. Tal agendamento prévio evita o fornecimento de receituários médicos em prazos incorretos e abuso medicamentoso. Além disso, gera praticidade ao usuário que já terá marcado o dia para buscar o

receituário sem que haja a necessidade de solicitação prévia por parte do paciente ou familiar. Obviamente esse caminho encontra-se conectado ao primeiro de forma que caso o paciente apresente alteração das medicações e datas de renovação, a agenda deverá ser alterada. Assim, não é sugerida a anotação da medicação na agenda de renovação, devendo o médico a cada nova renovação consultar o prontuário de forma a prescrever a medicação correta e atual.

- O terceiro caminho relaciona-se ao acompanhamento na atenção secundária. Caso esteja estabelecido na ficha de contra referencia que o paciente necessita de um retorno no serviço da psiquiatria, esse dado será analisado e anotado em uma agenda específica no respectivo período ou mês de retorno para a marcação deste no período adequado. Também não é fixo, podendo ser adiantado ou adiado segundo gravidade e regularidade do acompanhamento do paciente.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A rede de atenção à saúde mental se bem articulada permite o cuidado integral dos usuários com tais agravos. Foi demonstrado no presente trabalho por meio de análises de prontuários médicos o fraco vínculo de contra referência psiquiátrica existente na ESF São Francisco do município de Sete Lagoas. Os pacientes apresentam poucos relatórios de contra referência da psiquiatria. Além disso, ficou demonstrado que a falta de preenchimento dos prontuários médicos também é grande responsável pela falta de diagnóstico ou hipóteses diagnósticas desses usuários. Assim, os pacientes utilizam medicações psicotrópicas sem diagnóstico definido, por períodos muitas vezes maiores que o necessário e sem o acompanhamento médico adequado.

A partir do estabelecido, propôs-se um plano de intervenção baseado no fortalecimento da contra referência e estabelecimento de um fluxo para que ela ocorra de forma adequada. Esse fluxo também contempla a renovação do receituário de medicações psiquiátricas que atualmente ocorre de forma pouco organizada na unidade.

Portanto, espera-se a partir da implantação de tais ações o fortalecimento do fluxo de referência e contra referência do paciente com transtornos mentais, melhorando a interlocução, o cuidado compartilhado e o uso de medicações. Ao final do processo, espera-se um usuário melhor assistido e uma rede responsável pelo estabelecimento de um cuidado integral do mesmo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, L. H. *et al.* Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PloS one**, v. 7, n. 2, p. e31879, 2012.
2. ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDUSTRIAL DE SETE LAGOAS. Portal Sete Lagoas em números, 2013. Disponível em: <<http://ceppedobrasil.com.br/setelagoasemnumeros/>>. Acesso em: 02 jul. 2014.
3. BARKER, M.J. *et al.* Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. **Arch Clin Neuropsychol** 2004, 19(3):437–454.
4. BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice**. 1996. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica**. Circular Conjunta n. 01/03 de 13/11/2003.
6. CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P. SANTOS M. A.. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
7. DELGADO, Pedro Gabriel *et al.* **O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil: panorama da última década**. In: III Conferência Nacional de Saúde Mental: caderno informativo. Brasília: Ministério da Saúde, p.12-19, 2001.
8. GONCALVES, D. A. *et al.* Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.3, Mar.2014 .
9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Portal Cidades, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316720>>. Acesso em: 02 jul. 2014.
10. JOHNSON J.; WEISSMAN M.M.; KLIERMAN G.L. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. **JAMA** 1992; 267:1478-83.
11. LLOYD, G. Psychiatric Syndromes with a somatic presentation. **Journal of Psychosomatic Research**. Londres, v. 30, n. 2, p. 113-20, 1986.
12. MANT, A. *et al.* Development of long term use of psychotropic drugs by general practice patients. **British Medical Journal**, v. 296, p. 251-254, 23 jan. 1988.
13. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p. Linha Guia da Saúde Mental.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal DATASUS, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>>. Acesso em: 02 jul. 2014.
15. NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. U.S. Department of Health and Human Services. **Mental Health Medications**, 2010.
16. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Integrating mental health into primary health care a global perspective. Geneva, 2008.

17. PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. **Saúde Mental**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 110p.
18. SARACENO B. **Libertando identidades**: da reabilitação à cidadania possível. {La fine dell' intrattenimento: manuale di riabilitazione psichiatrica} Trad. Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta, Willians Valentini. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia; 1999.
19. SIRDIFIELD, C. et al. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. **BMC Family Practice**, v.14, n.191, dez. 2013.

## ANEXO 1

## Anexo 1 – Ficha de contra referência da saúde mental do município de Sete Lagoas

 <b>SETE LAGOAS</b> <small>PREFEITURA</small> <b>SECRETARIA DE SAÚDE</b>	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE</b> <b>ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE</b> <b>SAÚDE MENTAL</b>	 <b>SUS</b> <small>Sistema Único de Saúde</small>
CARIMBO DA UNIDADE:		
NOME PACIENTE: _____		
CID: _____		
MEDICAÇÕES:		
_____	(	+
_____	(	+
_____	(	+
_____	(	+
_____	(	+
_____	(	+
_____	(	+
_____	(	+
_____	(	+
_____	(	+
OBSERVAÇÕES:		
_____		
_____		
DATA DO RETORNO: _____		
_____ Assinatura/ Carimbo		