

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

JORGE LUIS CONILL GODOY

**SAÚDE MENTAL: QUALIDADE E TRANSTORNO DE SONO EM
PESSOAS COM DISTURBIOS PSIQUIÁTRICOS.**

BOM DESPACHO / MINAS GERAIS

2016

JORGE LUIS CONILL GODOY

**SAÚDE MENTAL: QUALIDADE E TRANSTORNO DE SONO EM
PESSOAS COM DISTURBIOS PSIQUIATRICOS.**

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

Orientador: Prof. Juliano Teixeira Moraes

BOM DESPACHO / MINAS GERAIS

2016

JORGE LUIS CONILL GODOY

**SAÚDE MENTAL: QUALIDADE E TRANSTORNO DE SONO EM
PESSOAS COM DISTURBIOS PSIQUIATRICOS.**

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof. Juliano Teixeira Moraes

Examinador 2: Prof. Alexandre Ernesto Silva

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

Dedicatória

A Deus que a força ,maior que me impulsiona para o sucesso.
Aos meus queridos filhos, familiares, tutores, companheiros que me fizeram acreditar na realização de meu trabalho.

RESUMO

A qualidade e transtorno do sono em pessoas com distúrbios psiquiátricos é uma alteração dos processos psíquicos do desenvolvimento que se traduz em perturbações em nível do raciocínio, do comportamento, da compreensão da realidade e da adaptação às condições de vida nas pessoas causando sérios danos ao paciente e sua família. É um desequilíbrio que preocupa os profissionais de saúde e familiares em geral. Objetivos: descrever o perfil das pessoas portadoras de transtornos mentais e elaborar uma proposta de intervenção através da Implantação do Grupo de Saúde Mental no Psf Guido da Costa Melo Piracema MG no Município de Piracema, Minas Gerais. Resultados e discussão: A doença mental tem alta incidência em nosso meio. Os principais distúrbios mentais que acometem esses usuários segundo os dados da Secretária Municipal de Saúde são: abuso de drogas (dependência química, alcoolismo, uso de alucinógenos, Cocaína (dependência), Maconha (dependência), tranquilizantes, transtornos alimentares, anorexia nervosa, bulimia nervosa. Diagnosticar e acompanhar os casos são as principais medidas de controle. Conclusão: os portadores de transtorno mental ainda hoje, tem transtorno do sono. Faz-se necessário que os profissionais de saúde do PSF atuem como mensageiros aptos a sanar as dúvidas decorrentes desses transtornos mentais junto aos pacientes e familiares.

Palavras-chave: Transtorno mental. Psicofarmacos. Dependência química.

SUMMARY

The quality and sleep disorder in people with psychiatric disorders is a change of psychic development processes which results in disturbances in reasoning level, behavior, understanding of reality and adaptation to the conditions of life in people causing serious harm to the patient and your family. It is an imbalance that worries health professionals and family in general. Objectives: To describe the profile of people with mental disorders and prepare a proposal for intervention by the Mental Health Group Deployment in the FHP Guido da Costa Melo Spawning MG in the city of Spawning, Minas Gerais. Results and Discussion: Mental illness has a high incidence in our midst. The main mental disorders that affect these users according to data from the Municipal Secretariat of Health are: drug abuse (drug addiction, alcoholism, use of hallucinogens, cocaine (dependence), marijuana (dependence), tranquilizers, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia . nervous Diagnose and monitor cases are the main control measures Conclusion:.. people with mental disorder today, have sleep disorder it is necessary that the PSF health professionals to act as messengers able to solve the doubts arising from these mental disorders with patients and family.

Keywords:. Sleep disorder. Mental disorder. Psychopharmaceutical chemistry.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CS – Centro de Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas

Relacionados à Saúde - 10ª revisão

ESF – Estratégia Saúde da Família

GMS – Gerência de Saúde Mental

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Família

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
4 MÉTODOS	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
6 PLANO DE AÇÃO	22
6.1 Diagnóstico situacional.....	22
6.2 Definição dos problemas de saúde do território e da comunidade	23
6.3 Descrição do problema selecionado	23
6.4 Explicação do problema selecionado	23
6.5 Descrição dos nos críticos	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), a cada ano aumenta o número de pessoas que sofre de transtornos mentais. Atualmente há cerca de cem milhões de indivíduos no mundo que sofrem com algum tipo de perturbação mental, neurológica ou psicológica além do sofrimento da doença, essas pessoas sofrem alguma alteração e qualidade e transtorno de sono. O Ministério da Saúde determinou que a porta de acesso aos usuários no serviço de saúde é a Atenção Básica, é através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que as pessoas que buscam atendimento para suas necessidades de saúde. Assim sendo a assistência na atenção primária a saúde no âmbito da saúde mental, inclui não apenas a assistência aos indivíduos com transtornos mentais mas também o desenvolvimento de ações preventivas, que englobem o indivíduo e sua família (BRASIL, 2000) . A maior aproximação entre usuário, família e profissional de saúde conforme determina os princípios básicos da ESF, na prática não atendem às necessidades das famílias de pessoas com transtorno mental.

O enfermeiro em virtude das características de sua formação pode perceber melhor o indivíduo na sua integralidade, o papel do enfermeiro em serviços de saúde mental é apenas de origem terapêutica e o objetivo é auxiliar o paciente a aceitar a si próprio e a melhorar as suas relações pessoais, o trabalho efetivo dos enfermeiros centra-se, principalmente, no desenvolvimento de atividades burocrático-administrativas isso dificulta a assistência (MELLO, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), o acesso à atenção em saúde mental aumentou, chegando a 70% de cobertura, com forte participação da atenção básica e de ações Inter setoriais como inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos. Os hospitais psiquiátricos ficaram menores, e 48% dos leitos de psiquiatria estão situados em hospitais de pequeno porte. Pessoas com longo histórico de internação retornaram a seus domicílios.

O sono e o período de descanso do corpo e da mente. E o momento de relaxar nossos músculos e memoriar tudo que aprendemos durante o dia. Além disso, varias

funções biológicas são realizadas durante a noite. Nosso sistema imunológico produz substâncias fundamentais para o bom funcionamento do nosso organismo, além do crescimento e do hormônio leptina (que causa sensação de saciedade) que também são secretados durante a noite. Todo processo que afeta esse período é considerado distúrbio do sono.

Antes do século XIX não havia o conceito de doença mental nem uma divisão entre razão e loucura. Os pacientes eram tratados como bichos e não como seres humanos. O trajeto histórico do Renascimento até a atualidade tem o sentido da progressiva separação e exclusão da loucura do seio das experiências sociais (FERNANDES e MOURA, 2009).

Nos dias atuais, a população que sofre de uma doença mental um 20%sofre transtorno do sono e qualidade do mundo.

Atualmente, trabalho no PSF Guido da Costa Melo do município de Piracema fica localizada na Regional Divinópolis no município de Divinópolis, Minas Gerais.

Atualmente, conta com três equipes de Saúde da Família que foram divididas por micro áreas contando com mais de 2830 usuários cadastrados em área de médio e elevado risco. Destes aproximadamente 95 são portadores de algum transtorno mental. O acolhimento dos usuários é dividido por equipe, cada equipe tem acolhimento três vezes por semana em horários pré-determinados. É no acolhimento que os usuários trazem suas demandas, como agendamento de consultas, solicitação de exames e encaminhamentos, troca de receitas.

A UBS conta com os seguintes recursos humanos:

- 03 gerentes;
- 01 gerente geral e 01 gerente adjunto, 01 gerente coordenador)
- 02 médicos clínicos;
- 01 ginecologista;
- 01 pediatra;

- 01 dentistas;
- 01 enfermeiros;
- 02 auxiliares de enfermagem;
- 01 auxiliares administrativos;
- 01 auxiliares de limpeza; - 01 porteiros;.

A atuação da equipe de enfermagem em uma unidade que tem 2.830 mil usuários cadastrados sabendo que pelo menos 20% desses são portadores de saúde mental não é fácil. Considerando que de uma equipe de saúde da família apenas uma tem médico e que a unidade está sem Psiquiatra, as equipes conseguem garantir apenas a troca das receitas. Nesta perspectiva, propomos criar um espaço terapêutico onde usuários da saúde mental e familiares possam expressar suas dúvidas, trocar experiências, receber orientações, propiciar reflexões acerca da sua doença.

2 . JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi elaborado em virtude da Atenção Primária a Saúde atuar como principal porta de entrada e de acolhimento do sofrimento psiquiátrico dos usuários de sua área de abrangência e por ser os Transtornos de sono em pessoa com distúrbios psiquiátricos são problemas de relevância pública devido ao aumento de sua incidência no Brasil e no Mundo.

É importante a conscientização da população por meio da educação e mídia sobre os mitos que envolvem estes transtornos do sono.

A ESF tem um papel fundamental na promoção, prevenção e recuperação da saúde dessas pessoas. Considerando que atualmente a equipe de profissionais da unidade conta apenas com uma psicóloga através do CRAS (Centro de Referência Assistência Social), sabendo que a falta desses profissionais gera impacto negativo em todo o serviço, proponho a implantação do grupo de saúde mental no Psf Guido da Costa Melo Piracema MG, no Município de Piracema, Minas Gerais, com sendo uma maneira de inserção e garantia de atendimento dessas pessoas e familiares na atenção básica.

3• OBJETIVOS

Detectar caso de paciente com transtorno de sono, em pessoas com distúrbio psiquiátrico, pela ESF do PSF Guido da Costa Melo do município de Piracema em Minas Gerais e desenvolver um projeto de intervenção sobre esse problema.

4. MÉTODOS

Para elaboração deste Projeto de Intervenção utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional, por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe, foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário.

Perfil dos pacientes portadores de distúrbios mentais Psf Guido da Costa Melo Piracema no Município de Piracema, MG.

O Centro de saúde Piracema tem cadastrado em sua área de abrangência aproximadamente 6.857 mil usuários divididos em três equipes de saúde da família, distribuídos em áreas de médio e elevado risco social, 20% desses usuários tem algum tipo de transtorno mental. Os principais Distúrbios Mentais que acometem esses usuários segundo os dados da Secretária Municipal de Saúde (SMSA) são: Abuso de Drogas: (Dependência Química e Psicológica), Alcoolismo, Alucinógenos, Cocaína (dependência), Maconha (dependência), Tranquilizantes, Transtornos Alimentares, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa. Transtornos de Ansiedade: Síndrome do Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno de Estresse Agudo, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).

Para alcançar nosso objetivo faremos um questionário que impliquem no estado de saúde mental das pessoas com distúrbio psiquiátrico no qual apresenta dificuldade para dormir, se faz uso de fármacos para solucionar os problemas, de modo que daremos instruções para alguma dificuldade descrita para higiene do sono.

Para concluir avaliaremos cumprimento de instruções e resultados sobre consumo de drogas e qualidade do sono, que seja positivo ou negativo. Tudo com previa explicação ao paciente e familiares sobre objetivo dessa atividade, sua importância e benefício, incluindo plano de intervenção com o consentimento do paciente. Se o

paciente não concorda e se nega com o mesmo, isso não atrapalharia seu atendimento pela equipe de saúde da unidade.

5 . REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Desde o início da revolução industrial com a substituição da mão de obra por máquinas, a população mundial sofre com problemas do desemprego, da falta de salário digno, com a violência, com o abandono de crianças e idosos, com a falta de respeito às diferenças humanas. São esses alguns dos motivos citados por aqueles que sofrem de transtornos mentais (BRASIL, 2005).

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da mudança de “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu para propor mudanças na superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e por outro, na ampliação dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

A Reforma Psiquiátrica é o processo político e social complexo, compostos pelos governos federal, estadual e municipal, por universidades, pelo mercado dos serviços de saúde, pelos conselhos profissionais, pelas associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, por movimentos sociais, em nosso território e pela opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões e conflitos (BRASIL, 2005).

Em 1987 ocorre o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Essa intervenção com repercussão nacional demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos surge como um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica era possível (BRASIL, 2005).

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. O texto aprovado em última instância no plenário da Câmara Federal, em 2001 faz refletir sobre o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil e tem como base o projeto original do deputado Paulo Delgado e a versão final modificada do substitutivo do senador Sebastião Rocha (CERQUEIRA, 2002).

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde. A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (AMARANTE, 2003).

A década de 90 é marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para

fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Ao final do ano de 1992, o Brasil tinha em funcionamento 208 CAPS, cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos. Os recursos resultantes do não pagamento de diárias hospitalares, não eram repassados para a ampliação do atendimento extra-hospital eram desviados para outras finalidades (BRASIL, 2005).

A declaração de Caracas em 1990 foi formulada na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina e Organizada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS\OMS) foi uma referência fundamental no processo de reorientação e transformação da assistência psiquiátrica no Brasil, definiu diretrizes e estabeleceu parcerias para a sustentação de um novo modelo. Nessa conferência, a reestruturação da atenção psiquiátrica sinalizava a vinculação necessária da saúde mental à atenção primária à saúde, como também o desenvolvimento de modelos alternativos centrados na comunidade e em suas redes sociais (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1997).

Em 2001 foi sancionada no país, a Lei Federal 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. A promulgação dessa lei impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde cria linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico além de novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Neste

mesmo período, o processo de institucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa

“De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, criada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realizado em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (CERQUEIRA, 2002).

Esse processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existente. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal (QUIROGA, 2008).

Atualmente o SUS conta com diversos dispositivos para atender o paciente com transtorno mental. Os Estados brasileiros contam com 725 CAPS II, 46 CAPS III, 242 CAPS ad e 122 CAPS i, num total de 1541 serviços. Além dos CAPS, a Atenção Básica conta com o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), também oferece atenção as pessoas com transtornos mentais. A rede de atenção à saúde mental é diversificada e também envolve os hospitais gerais, os centros de convivências e as ações de geração de trabalho e renda (IV CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2010).

6. PLANO DE AÇÃO

Este Plano de ação foi desenvolvido com base em princípios definidos no módulo de Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde ²⁰ com vistas à redução da polifarmácia na população rural adstrita no PSF Guido da Costa Melo no município de Piracema / MG.

6.1 Diagnóstico situacional

Os problemas identificados foram selecionados a partir da observação situacional e também da análise das fontes de dados disponíveis como as fichas de produção diária e mensal da Equipe do PSF Guido da Costa Melo.

Essas fichas especificam o número de medicamentos, os principais diagnósticos de cada consulta, as estratégias realizadas, a idade e a procedência dos pacientes, que possibilitaram a listagem dos problemas relacionados. A classificação das prioridades foi feita a partir da análise dos seguintes pontos: importância do problema (alto, médio, baixo), urgência e capacidade de enfrentamento. A partir disso, foi selecionado o problema de maior prioridade pelo resultado da aplicação dos critérios acima referidos. Dessa forma, o alto consumo de diferentes medicamentos dos usuários idosos no PSF Guido da Costa Melo foi citado como o principal problema da população dessa faixa etária. Esses pacientes estão descontrolados do ponto de vista de irregularidade da ingestão excessiva de drogas, negligência, automedicação e falta de adesão às mudanças de estilo de vida.

Na área de abrangência o alto consumo de fármacos é um fator de risco de alta prevalência, que atinge a população adulta acima de 60 anos em cerca de até 62,3%. A maioria dos pacientes com polifarmácia identificados na comunidade apresentam fatores de risco associados como obesidade, hiperlipidemia, tabagismo, etilismo, estresse e sedentarismo, além de múltiplas doenças e queixas

O alto consumo medicamentoso em idosos tem impacto negativo na comunidade, pois é um fator importante de doenças, letargia, acidentes, internações e afeta economicamente as famílias e o SUS sem proporcionar benefício alguns aos idosos.

Hiperdia

O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de pacientes portadores de transtorno de sono e saúde mental. Doenças crônicas não transmissível, tabagismo, alcoolismo e consumo de drogas e entorpecentes. Atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa Hiperdia Minas, estabelecido conforme Resolução SES Nº 2606 de 07 de Dezembro de 2010, tem como missão coordenar a estruturação da rede de atenção à saúde da população com transtorno de sono e saúde mental, doenças crônicas não transmissível, tabagismo, alcoolismo e paciente que consome drogas e entorpecentes. por meio de um sistema regionalizado e integrado de ações em saúde. Como resultado, espera-se que esse programa possibilite o aumento da longevidade da população mineira, acompanhado da melhoria de sua qualidade de vida, por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por essas patologias e condições otimizando o uso de medicamentos.

Em nível de Atenção Primária à Saúde (APS), a Rede Hiperdia Minas ancora-se na prática de novas diretrizes clínicas, especialmente pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Elaborou-se uma linha-guia baseada na abordagem populacional dessas condições, as quais foram estratificadas e, a partir disso, determinou-se toda a organização da assistência, ou seja, as competências da APS, as atribuições dos seus profissionais e a atenção programada a esses usuários.

A atenção programada é uma importante ferramenta de gestão da clínica. Esse instrumento subsidia a organização do processo de trabalho da equipe de saúde e permite a observação dos princípios da eficiência na utilização dos recursos disponíveis e da equidade na atenção aos usuários; possibilita a adesão ao tratamento adequado e a prevenção das complicações e polifarmácia, da ocorrência de agudizações dessas condições crônicas, das hospitalizações e da mortalidade.

Passo a passo da intervenção

De acordo com Campos, Faria e Santos, 2010, depois de discutido e realizados o diagnóstico situacional é necessário que se construa uma proposta de intervenção na área de abrangência, para definição das ações, e enfrentamento dos problemas identificados, seguindo passo a passo. A Proposta de intervenção para o PSF Guido Costa Melo, foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os passos a seguir.²⁰

➤ Primeiro Passo

Após diagnóstico situacional foram selecionados os seguintes problemas da área de abrangência do PSF Guido da Costa Melo, do município Piracema - MG: alto consumo de medicamentos por paciente com transtorno de sono e saúde mental, doenças crônicas e não transmissível, tabagismo, alcoolismo, consumo de drogas e entorpecentes.

➤ Segundo Passo

No segundo passo foi realizada a priorização dos problemas. Os problemas priorizados pela equipe do PSF Guido da Costa Melo, considerando os seguintes critérios foram: importância, urgência e principalmente pela capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. O Quadro 1 descreve a priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional do PSF Guido da Costa Melo do Piracema - MG.

Quadro 1: Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional na área de abrangência do PSF Guido Acosta Mello do Piracema.MG.2016.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada mobilidade de pacientes com transtorno de sono e saúde mental	Alta	9	Parcial	1
Elevada taxa de pacientes com doenças crônicas não transmissível	Alta	9	Parcial	2
Alta incidência de tabagismo	Alta	8	Parcial	3
Alta incidência de alcoolismo	Alta	8	Parcial	4
Consumo de drogas e entorpecentes	Alta	7	Parcial	5

6.2 Definição dos problemas de saúde do território e da comunidade

- Elevada mobilidade de paciente com transtorno de sono e saúde mental;
- Elevada taxa de pacientes com doenças crônicas não transmissível
- Alta incidência de tabagismo
- Alta incidência de alcoolismo
- Consumo de drogas e entorpecentes

6.3 Descrição do problema selecionado

Transtornos de sono em pessoas com distúrbios mentais e um problema que afeta nossa área de abrangência. As mulheres constituem maior massa de prevalência em relação aos homens. Onde a depressão, transtornos ansiosos, alcoolismo e tabagismo são as principais causas. Ficando na média do País.

6.4 Explicação do problema selecionado

Transtorno do sono é um evento caracterizado por aspecto físico, psicológico e social que ocasiona alterações em processo fisiológico e normais dos hábitos de dormirem.

6.5 Descrição dos nos críticos

- Deficiente de nível de informação;
- Hábito e estilo de vida;
- Baixa adesão do usuário e saúde mental e família a UBS.

➤ Terceiro Passo

Após a priorização dos problemas foi feita a descrição dos mesmos. O problema selecionado foi o alto consumo de medicamentos por idosos. Dos 2830 usuários cadastrados cujos prontuários foram analisados, 48,5% são portadores de algum transtorno mental. Segundo os critérios estabelecidos para definir este fenômeno o quadro 2 descreve o problema selecionado

Quadro 2: Descritores do problema do alto consumo de medicamentos em idosos no PSF Guido da Costa Melo, de Piracema –MG

DESCRITTORES	VALORES	FONTES
Elevada mobilidade de pessoas com transtorno de sono	95	Autor (2016)

➤ Quarto Passo

O quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. No PSF Guido da Costa Melo, tem-se 95 pacientes idosos cadastrados com alto consumo de medicamentos para dormir.

Os fatores que influenciam negativamente o alto consumo de medicamentos em idosos são: múltiplas doenças crônicas, baixo nível de conhecimento e informação sobre os problemas tratáveis sem medicamentos ou tratamentos alternativos, necessidade de mudança de estilo de vida, presença de muitos sintomas, complexidade do tratamento, avaliação e acompanhamento por diferentes especialistas, pouca adesão a projetos e atividades educativas, variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, aspectos culturais, e idade dos pacientes.

➤ **Quinto Passo**

No quinto passo a equipe realizou uma análise para identificar entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema selecionado. Para realizar essa análise utilizou-se o conceito de “nó crítico”. Para Campos, Faria e Santos, o “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.²⁰

Nesta proposta de intervenção encaram-se três nós críticos relacionados aos idosos com alto consumo de medicamentos. Descrito no quadro 3.

➤ **Sexto Passo**

No sexto passo, momento normativo, foi realizado o desenho das operações, considerando os seguintes objetivos.

1-Descrever as operações utilizadas para enfrentar as causas selecionadas como nós críticos;

2-Identificar os produtos e resultados para cada operação;

3-Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

No Quadro 3 estão apresentados os desenhos das operações para os nós críticos selecionado

Quadro 3: Desenho das operações

No critico 1	Deficiente de nível de informação;
Operações	Mais saber
Projeto	Aumentar o nível de informação do familiar juntamente com o resto da população sobre o risco do uso incorreto dos fármacos.
Resultados esperados	População mais informada sobre o risco do uso incorreto dos fármacos;
Produtos esperados	Campanha educativa local;

	capacitação das ACS, enfermeiro e tec. de enfermagem; avaliação de nível de informação.
Recursos necessários	Estrutural: Organizar agenda; Cognitivo: Conhecimento e estratégia de comunicação. Financeiro: Articulação Inter setorial, mobilização social. Político: Recursos para palestras e panfletos educativos.
Recursos críticos	Estrutural: Auxiliar a equipe de divulgação. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Financeiro: Disponibilidade de materiais. Político: Mobilização social, parceria
Viabilidade e controle dos recursos críticos	Estrutural: Equipe saúde da família. Cognitivo: Secretária municipal de saúde e educação. Financeiro: Secretária municipal de saúde e prefeitura. Político: Prefeitura.
Ação estratégica	Favorável.
Plano operativo responsável pelas operações	Secretaria municipal de saúde e educação.
Gestão e acompanhamento e avaliação das operações	Em implementação. Avaliação apos 3 meses do início do projeto.

Quadro 4: Desenho de operações para “nós críticos “ do problema .

No crítico 1	Hábitos e estilo de vida
Operações	Saúde melhor
Projeto	Modificar hábitos e estilos de vida da população no relação com qualidade de vida e sono.
Resultados esperados	Campanha socioeducativa gráfica e radial.
Produtos esperados	Diminuir no uso de fármacos incorretos no prazo 1 ano, isso em relação ao uso de cada paciente avaliado.
Recursos necessários	<p>Estrutural: Organizar atividades de grupo.</p> <p>Cognitivo: Conhecimento o tema.</p> <p>Financeiro: Materiais didáticos e audiovisual.</p> <p>Político: Providenciar espaço físico.</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: Auxiliar a equipe de divulgação.</p> <p>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema.</p> <p>Financeiro: Materiais didáticos e audiovisual.</p> <p>Político: Mobilização social e parceria</p>

Viabilidade e controle dos recursos críticos	Estrutural: Equipe saúde da família. Cognitivo: Secretária municipal de saúde e educação. Financeiro: Secretária municipal de saúde.
Ação estratégica	Político: Prefeitura. Favorável.
Plano operativo responsável pelas operações	Secretaria municipal de saúde e educação.
Gestão e acompanhamento e avaliação das operações	Em implementação. Avaliação apos 6 meses do início do projeto.

Quadro 5: Elaboração do Plano Operativo para implantação da proposta de intervenção no PSF Guido da Costa Melo Piracema /MG, 2016.

Operações	Responsáveis	Prazo
Bem informado	Enfermeira, Agentes Comunitários Médico.	Início: em três meses Término: indeterminado
Utilização dos protocolos clínicos	Medico Enfermeira.	Início: dois meses.
Linha do cuidado	Enfermeira	Início: três meses.

Quadro 6: Nosso Plano de ação foi desenvolvido com base em princípios definidos no módulo de Planejamento e Avaliação de Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) com vistas na população Urbano adstrita no PSF Guido da Costa Melo no município de Piracema/MG.

No critico	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Nível de informação.	Aumentar o nível de informação da população e pacientes sobre o resto da população riscos do uso fármacos para sono.	Redução do número de pacientes psiquiátricos que usam medicamentos para sono.	Grupo operativo cordenado por uma equipe multi profissional de area sobre medicamento para sono.	Agenda Cognitivo conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação. Político articulação Inter setorial, mobilização social Financeiro recursos para palestras e panfletos educativos,
Hábitos e estilos de vida	Saúde Melhor. Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir o uso de fármacos incorreto no prazo de 1 ano isso em relação ao uso de cada paciente avaliado	Campanhas socio educativas	Cognitivo □ informações sobre o tema e estratégias de comunicação. Político □ mobilização social Financeiro □ aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Baixa adesão do usuário de saúde mental e de sua família na UBS	Realizar busca ativa e visita domiciliar de todos os portadores de transtornos mentais, convida-los a vir na UBS.	Trabalhar com os usuários e família criar vínculos, evitar que esses usuários fiquem descompensados.	Trabalhar em conjunto com a equipe de saúde da família.	Organização das agendas das equipes para visita e busca ativa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que este projeto educativo proporcionará promoção da saúde e qualidade de vida aos pacientes com transtornos psiquiátricos com transtornos do sono, contribuindo tanto na diminuição do consumo de medicamentos desnecessário como nos gastos destinados para o controle e tratamento adequados de suas doenças.

Trabalhar em atividades educativas com grupo de pacientes portadores de distúrbios psiquiátricos fortalece a importância do acompanhamento e de adesão ao tratamento, além de auxiliar a família na compreensão do processo de saúde.

Para reduzir o consumo de fármacos é importante que os serviços de saúde, principalmente o PSF trace estratégias de ação, que contribuam para o sucesso das mudanças no estilo de vida da população com doenças psiquiátricas, tratamento e efetividade das ações de saúde e uso adequado de medicamentos além de eliminação dos fármacos desnecessários. É de muita importância que os atendimentos de todos os pacientes sejam feitos na realidade dos mesmos, de tal modo que eles possam encontrar na equipe de saúde apoio e confiança. Desta forma, eles poderão ser capazes de mudar seus hábitos e estilos de vida, realizar o tratamento e desenvolver as práticas de medição adequada, e garantir uma melhoria na sua qualidade de vida e diminuir no consumo de fármacos para sono.

.Neste plano de ação se mostra uma grande utilidade para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas de nossa área. Por meio dele levam-se em conta todas as variáveis conhecidas do problema em questão, facilitando sua resolução. A elaboração da proposta de intervenção no PSF Guido da Costa Melo foi de suma importância para poder traçar metas e ações que proporcionam um atendimento humanizado a nossos pacientes, com a finalidade de manter e melhorar a qualidade de sua medicação de acordo com os preceitos do Ministério da Saúde brasileiro.

Com nesse trabalho Pode-se perceber nesta revisão que o uso desnecessário e indiscriminado dos fármacos para conseguir sono, tem sido considerado um grave problema por profissionais e autoridades sanitárias devido aos sérios prejuízos que esta prática causa à saúde de pacientes psiquiátricos,

Implantar um grupo de Saúde que faz o atendimento a esses pacientes no PSF Guido Acosta Melo que contribuirá de maneira positiva nas ações de promoção de saúde e melhora dos indicadores.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- RIBEIRO AQ, ROZENFIELD S, KLEIN CH, CESAR CC, ACURCIO F E A. Survey on Medicine Use By Elderly Retireis in Belo Horizonte, SouthearsTern Brazil. **Rev. Saúde Publica**. 2008; 42 (4); 724-32
- 2- MENENDEZ DL. **Terapeutica Farmacologia em El asiano**. En: Prieto O, Vega E. Temas de Gerontologia. La Habana: Editorial Cientifica – Técnica 1996. 131138.
- 3- MENENDEZ OC. Evaluación de la Relación Beneficio/Riesgo en la Terapia de Pacientes Geriátricos. **Rev. Cubana Farm**. 2002; 36 (2): 170-5.
- 4- NÓBREGA, OT, KARNIKOWKI, MGO. A terapia Medicamentosa no Idoso: Cuidados na Medicação. **Ciencia & Saúde Coletiva** 2005; 10(2): 309-13.
- 5- PEREZ FUENTES, MF et al. Adecuacion del Tratamiento Farmacológico em população anciã Polimedicada. **Medicina de Família** 2002; 3(1).
- 6- CHAIMONICZ F A. Saúde dos Idosos Brasileiros as Vésperas do Século XXI: Problemas, Projeções e alternativas. **Revista de Saúde Publica**. 1997; 31(2): 184-200.
- 7- FONSECA JE, CARMO TA. O idoso e os Medicamentos. **Saúde em Revista**. 2000; 2(4): 35-41.
- 8- ROZENFELD S. Research in, about, and for health services: an international panorama and question for heath research in Brazil. Debat on the paper by

hillegonda Maria DutilhNovaes. **Cad SaudePublica**.2004; 20 suppl 2; S 163-4; AutorReaply S 70-3

9- LIMA COSTA MF, BARRETO SM, FIRMINO JO, UCHOA E. Socioeconomic Position And Health in a Population of Brazilian Elderly: The Bambui Health And Again Study (BHAS). **Rev. PanonSaud Publica**. 2003; 13 (6): 387-94

10- ALMEIDA OP; RATTO L, GARRIDO R, TAMAI, S. Fatores Preditores e Consequencias Clinicas do Uso de Múltiplas Medicamentações Entre Idosos Atendidos Em Um Serviço Ambulatorial de Saúde Mental. São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 1999; 21(3).

11- BERGER; MAILLOX-POIRIER D. PESSOAS IDO. **SAS: Uma Abordagem Global**. Lisboa. Lusodidacta. 1995.

12- BERIA JU. **Prescrição de Medicamentos**. In: DUN CAN BB; SCHMIDT MI. Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Conduta de Atenção Primaria Baseada Em Evidencias. Porto Alegre: Arimed, 206.

13- BERNARDES ACA, CHORRILHO, M, OSHIMA, FY. Intoxicação Medicamentosa no Idoso. **Saúde Revista**. 2005; 7(5); 53-61.

14- LOYOLA FILHO AI, UCHOA E, FIRMO JEO. LIMA COSTA MF. A Population – base (BHAS). **CadSaude Publica**. 2005; 21 (2); 545-53.

15- CHUTKA DS et al. Symposium on geriatrics--Part I: Drug prescribing for elderly patients. **Mayo Clin Proc** 1995; 70 (7): 685-93.

16-CAMPOS F.C; FARIA H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2da ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

17-WHEBERTH, A. P. V. B. **Polifarmácia em idosos**.Governador Valadares, 2011. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais

18-BLANSKI, C. R. K.; LENARDT, M. H. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 180-188, 2005.

19-KATZUNG B. G. Aspectos especiais da farmacologia geriátrica. In: KATSUNG, B. G. **Farmacologia básica & clínica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 844-850.

20-FLORES L. M; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos na região sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 924-929, 2005.

21-GALVÃO C. Idoso polimedicado: estratégias para melhorar a prescrição. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 22, p. 747-752, 2006.

22-JACOB FILHO, W.; SOUZA, R. R. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO-FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 31-39.

23-GOMES H. O.; CALDAS, C. P. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 7, p. 88-99, 2008.

24-CARVALHO M. F. C. **A polifarmácia em idosos no município de São Paulo – Estudo SABE – saúde, bem-estar e envelhecimento**. São Paulo, 2007. 195f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, 2007.

25-ZUBIOLI A. O farmacêutico e a automedicação responsável. **Pharmacia Brasileira**, n. 22, p. 23-26, 2000.

26-BORTOLON, P. C. et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1219-1226, 2008.

27-TEIXEIRA, J. J. V. et al. Levantamento bibliográfico sobre o cumprimento da prescrição medicamentosa por idosos no Brasil, segundo resumos de congressos. **Arq. Geriatr. Gerontol.**, v. 4, n. 2, p. 63-67, 2000.