

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

Yoleyvis Perez Portales

**MELHORIA DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES PORTADORES DE DEPRESSÃO
EM USO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS DA ESF DR. JOSÉ ATAÍDE DO
NASCIMENTO DO MUNICÍPIO DE PIEDADE DO RIO GRANDE/MG**

Juiz de Fora – Minas Gerais

2015

Yoleyvis Perez Portales

**MELHORIA DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES PORTADORES DE DEPRESSÃO
EM USO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS DA ESF DR. JOSÉ ATAÍDE DO
NASCIMENTO DO MUNICÍPIO DE PIEDADE DO RIO GRANDE/MG**

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.

Orientadora : Prof^ª Ms. Rita de Cássia Costa da Silva

Juiz de Fora – Minas Gerais

2015

Yoleyvis Perez Portales

**MELHORIA DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES PORTADORES DE DEPRESSÃO
EM USO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS DA ESF DR. JOSÉ ATAÍDE DO
NASCIMENTO DO MUNICÍPIO DE PIEDADE DO RIO GRANDE/MG**

Banca Examinadora

Prof^ª Ms. Rita de Cássia Costa da Silva – Orientadora

Prof. Flávia Casasanta Marini

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015.

RESUMO

O uso indiscriminado dos psicotrópicos tem sido considerado um grave problema por profissionais e autoridades sanitárias devido aos sérios prejuízos que esta prática causa à saúde das populações. O presente trabalho aborda um projeto de intervenção cujo objetivo é desenvolver estratégias que visem melhorar a assistência aos usuários de medicamentos psicotrópicos, em especial, aos portadores de transtornos depressivos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) José Ataíde do Nascimento, no município de Piedade do Rio Grande (MG). Durante o diagnóstico situacional foram identificadas as práticas adotadas na indicação desses medicamentos na população adscrita da ESF urbana, no ano de 2015, assim como as dificuldades enfrentadas pelos pacientes na adesão ao regime terapêutico adequado. Os médicos da ESF passaram a assumir um papel importante na saúde mental, o que vem promovendo reflexões, inquietações e questionamentos quanto à prescrição e manutenção da medicação psicotrópica. Além da pesquisa bibliográfica considerou-se, também, a análise dos prontuários dos pacientes portadores de depressão, para oferecer embasamento teórico, evidências empíricas e propiciar a criação de estratégias para que a equipe possa diagnosticar e tratar de forma adequada os pacientes, possibilitando que os usuários cumpram com mais rigor um determinado regime terapêutico. Desta forma, espera-se propor alternativas para o tratamento de pacientes portadores de depressão, em uso abusivo de psicotrópicos, garantindo atendimento de qualidade para a população da área de abrangência onde o estudo foi realizado.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; Adesão terapêutica; Sistema Único de Saúde; Depressão; Saúde Mental e Psicotrópicos.

ABSTRACT

The indiscriminate use of psychotropic drugs has been considered a serious problem by professionals and health authorities because of the serious damage that this practice because the health of populations. This paper discusses an intervention project aimed at developing strategies to improve assistance to users of psychotropic drugs, especially to people with depressive disorders attended by the Family Health Strategy (FHS) Jose Ataíde do Nascimento, in the municipality of Piedade do Rio Grande (MG). During the situational diagnosis were identified practices in the indication of these medicines in the enrolled population of urban ESF, in 2015, as well as the difficulties faced by patients in adhering to the proper regimen. ESF doctors have assumed an important role in mental health, which has been promoting reflections, concerns and questions about the prescription and maintenance of psychotropic medication. In addition to the literature was considered, also, the analysis of medical records of patients with depression, to offer theoretical foundation, empirical evidence and encourage the creation of strategies for the team to diagnose and treat appropriately the patients, enabling users comply more strictly a particular treatment regimen. Thus, it is expected to propose alternatives for the treatment of patients with depression in abusive use of psychotropic drugs, ensuring quality care for the population of coverage area where the study was conducted.

Keywords: Family Health Strategy; Therapeutic adherence; Health Unic System; depression; Mental health and Psychotropic Drugs.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	6
2 - JUSTIFICATIVA.....	12
3 - OBJETIVOS.....	13
4 – METODOLOGIA.....	14
5 - REVISÃO DE LITERATURA.....	16
5.1 - Uso dos psicotrópicos.....	16
5.2 - Adesão ao regime terapêutico.....	19
5.3 - Intervenções preventivas.....	21
6 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	24
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	35

1. INTRODUÇÃO

Piedade do Rio Grande é um município brasileiro, do estado de Minas Gerais, localizado na Mesorregião do Campo das Vertentes. Situa-se a 1.022 m do nível do mar, possui clima subtropical úmido, com temperaturas amenas durante todo o ano. A distância até a capital mineira, Belo Horizonte, é de 300 km e a cidade faz limites com os municípios de Madre de Deus de Minas, Ibertioga, Santana do Garambéu e Andrelândia¹.

A área territorial é de 322,743 Km² onde habita uma população de 4709 habitantes, sendo que 2.248 habitantes residem na área urbana e 2.461 habitantes na área rural. Quanto aos aspectos demográficos a cidade apresenta taxa de crescimento anual de 2% e densidade demográfica de 14.59 habitantes por km² (IBGE, 2010).

Segundo a tradição religiosa, o primeiro nome de Piedade fora o de Águas Santas, devido a uma preciosa fonte de águas cristalinas, que por séculos, deu vida à população e, a qual é atribuída alguns efeitos terapêuticos, tanto no âmbito físico quanto espiritual. A referida fonte situa-se a 300 metros da primeira Matriz Nossa Senhora da Piedade, no lugar denominado Gruta da Biquinha¹.

Piedade tem como principais atividades econômicas a pecuária e a agricultura, com predominância das lavouras temporárias, além de algumas pequenas indústrias e metalúrgicas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Piedade do Rio Grande tem um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 32.647,86, com uma renda média domiciliar per capita de R\$ 1.052,00 (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano do município é considerado médio (0,678) e o percentual de população em situação de extrema pobreza é de 7,75%. São considerados abaixo da linha da pobreza ou pessoas extremamente pobres, aqueles indivíduos que vivem com menos de R\$ 70,00 por mês segundo (PNAD, 2014).

De acordo com os dados da Companhia de Saneamento de Minas Gerais, contidos no Plano Municipal de Saúde, 89,27% da população de Piedade do Rio Grande possui abastecimento de água tratada, sendo recolhidos 86,91% do esgoto através de rede pública. O lixo na zona

¹ Disponível em: <<http://www.cmpcprg.com.br/>> Acesso em 17 set, 2014.

urbana é recolhido 74,08% por meio de coleta pública e na zona rural, apenas 50%, sendo o restante queimado ou enterrado. A implantação dos sistemas públicos de abastecimento de água, esgotamento sanitário e destino adequado do lixo trouxeram uma rápida e sensível melhoria na saúde e nas condições de vida da população Piedense (PMS, 2014 - 2017).

Conforme descrito no Plano Municipal de Saúde (2014- 2017), a gestão municipal de Piedade do Rio Grande é dividida em seis Secretarias, dentro das quais está a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O Conselho Municipal de Saúde é ativo no município, com reuniões ordinárias mensais, com possibilidade de reuniões extraordinárias, organizadas por Plenárias, Comissões e Grupos de Trabalho, Mesa Diretora e Secretaria Executiva. “Este órgão de controle social tem caráter deliberativo, ou seja, ele tem poder de decidir sobre a saúde pública no município, o que está previsto na lei federal 8.142/90, que normaliza a participação da sociedade na saúde” (MS, 2001). Portanto, sua função é atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive, quanto aos aspectos econômicos e financeiros.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no município em julho de 1997. Atualmente possui duas equipes, uma para atuação na zona urbana e outra para a zona rural. Sendo a equipe urbana o PSF Dr. José Ataíde do Nascimento e a equipe da zona rural o PSF Dona Zaínha, com uma carga horária dos profissionais de quarenta horas semanais, funcionando, pois, de segunda a sexta-feira, com uma cobertura de 100% da população adscrita.

As equipes tem composição multiprofissional, que possui cada uma, um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um auxiliar de enfermagem e de 5 a 7 agentes comunitários de saúde para cada ESF. Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista e o auxiliar de Saúde Bucal. A abordagem do usuário é realizada dentro da família e da comunidade por essa equipe interdisciplinar. Anteriormente à criação da ESF no município, se deu a atuação dos agentes comunitários de saúde.

As divisões territoriais utilizadas pela ESF, o município, o distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político (PMS, 2014 - 2017). O território também é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a

caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde orientado por categorias de análise de cunho geográfico. Esse reconhecimento é realizado através da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida (MONKEN, BARCELLOS, 2005).

Dessa forma, a divisão territorial do município foi baseada nesses fatores diversos, configurando a região urbana com 2.248 habitantes, em 5 micro áreas e a zona rural, com 2.461 habitantes em 6 micro áreas, a fim de atender às necessidades de cada comunidade.

A magnitude dos problemas de saúde da população faz com que a Estratégia Saúde da Família procure implantar e implementar redes de assistência integrada e intersetorial que contemplem as necessidades de cada área adscrita. É visando melhorar as condições de vida e promoção geral da saúde, que podemos citar como exemplo o apoio da Equipe de Saúde da Família ao cuidado ao paciente portador de depressão (BRASIL, 2004).

Além da estigmatização desta clientela, podemos observar dificuldades no acesso ao serviço de saúde e na estruturação destes serviços de apoio. Esta categoria da população é excluída, o que a afasta dos serviços de saúde, algumas vezes por não ter profissionais com treinamento mínimo necessário para que possam realizar os cuidados básicos e o encaminhamento adequado.

O Sistema de Referência e Contra referência para atendimento de consultas e exames especializados é o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Campo das Vertentes (CISVER), localizado na cidade de São João Del Rei/MG, que presta serviço a 15 municípios, sendo eles: Barroso, Conceição da Barra de Minas, Coronel Xavier Chaves, Ibituruna, Itutinga, Lagoa Dourada, Madre de Deus de Minas, Nazareno, Piedade do Rio Grande, Prados, Resende Costa, Ritópolis, Santa Cruz de Minas, São Tiago e Tiradentes.

Conforme o Plano Municipal de Saúde (2014 - 2017), a principal diretriz do CISVER é:

Ampliar e fortalecer os municípios consorciados em ações conjuntas na área da saúde, racionalizando investimentos através da cooperação e parceria das Prefeituras Municipais, promovendo a saúde dos habitantes e acelerando o desenvolvimento sócio-econômico da região compreendida no território dos municípios consorciados (PMS, 2014 – 2017, p. 13).

Não há serviços de saúde de alta e média complexidade no município, sendo necessário usufruir da Pactuação Programada Integrada (PPI) para referenciar as consultas.

A rede assistencial do município conta também com um laboratório de análises clínicas e atendimento especializado com psiquiatra, neurologista, ginecologista, obstetra e uma pediatra.

A SMS de Piedade do Rio Grande não possui contabilidade própria e o setor de pessoal fica sob a responsabilidade da Administração na sede da prefeitura. O sistema jurídico é o Estatutário e o provimento dos profissionais normalmente segue as normas de concurso público. Há também contratações por tempo determinado de profissionais para atender os interesses sociais (PMS, 2014 - 2017).

O nível de alfabetização vem se reduzindo nos últimos 30 anos, tanto no município como no país, onde a taxa de analfabetismo é de 13,6%. No Brasil, o percentual de jovens de 15 a 17 anos frequentando a escola em 2012 foi de 84,1% da população nessa faixa etária. Dos 10,4 milhões de jovens dessa idade, 8,7 milhões estão na escola (PNAD, 2014). Segundo o Plano Municipal de Saúde, os maiores índices de analfabetismo no município encontram-se nas faixas etárias que vão de 50 a 59 anos (1,35%) e de 60 anos ou mais (5,28%), mas em geral, o índice de analfabetismo no município é de 13,34% correspondendo com a taxa do país (PMS, 2014 - 2017).

Apesar do analfabetismo no Brasil estar em ritmo decrescente, podemos deduzir que pessoas desfavorecidas socialmente têm pior situação de saúde, através do mundo e persistente no tempo. Diversos pesquisadores têm se dedicado a analisar as diferenças nas condições de saúde ou no acesso aos serviços de saúde de acordo com a participação da população por nível sócio-econômico, seja este mensurado por renda, educação, ocupação ou posição na hierarquia social (CHANDOLA, 2000).

Conforme Pepe, 2000: “Os países em desenvolvimento ainda apresentam problemas de saúde que emergem das péssimas condições de vida da população, diminuindo a efetividade dos tratamentos medicamentosos já existentes”. Essa ideia é reforçada pelo autor supracitado, Chandola (2000):

Nesses países mais pobres, as doenças advindas das más condições de vida desvia as ações de saúde produzindo uma medicina mais curativa que preventiva, intensificando a utilização de medicamentos. Portanto, a promoção de saúde depende, entre outros fatores, de boas condições sanitárias, boa

moradia, alimentação adequada, água potável, não estando resumida à ação farmacológica dos medicamentos (CHANDOLA, 2000. p. 641).

A motivação para este estudo surgiu do meu trabalho como médica de saúde da família, o que promoveu reflexões e questionamentos quanto à prescrição e manutenção da medicação de psicotrópicos no município de Piedade do Rio Grande. Tendo o presente trabalho a finalidade de descrever os principais problemas em saúde da ESF urbana de Piedade do Rio Grande, destacando o problema de maior relevância, com seus nós críticos, suas causas e consequências, apresentados nas tabelas que compõem o corpo deste estudo.

A utilização de psicofármacos tem aumentado significativamente nas últimas décadas, de acordo com os estudos realizados no Brasil, Europa e América Latina, que mostram o aumento da utilização desses medicamentos (FIRMINO *et al*, 2011). O que nos leva a crer que eles devem ser utilizados de forma racional, tendo em vista que podem produzir efeitos adversos, causar dependência e o seu uso pode gerar diversos problemas à saúde da população em geral.

No município de Piedade do Rio Grande os pacientes recebem atendimento dos médicos das ESF e, quando é necessário, são encaminhados para serem avaliados por um psicólogo ou por um neurologista que oferecem atendimento no Programa Bem Viver. Este programa foi criado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes há onze anos, nascendo da necessidade de se tratar e cuidar pacientes com transtornos mentais, sob outra ótica senão a dos hospitais psiquiátricos (PMS, 2014 - 2017).

Através do acompanhamento psicológico, dos tratamentos psiquiátricos e neurológicos, é possível proporcionar ao cidadão qualidade no tratamento da doença e no convívio social e familiar. Sabe-se que o estabelecimento das relações interpessoais ajuda na melhoria de quadros como depressão, ansiedade e alcoolismo, o que reforça ainda mais a importância do Programa Bem Viver como componente na estrutura da saúde do município.

O Programa Bem Viver oferece aos portadores de depressão: acolhimento, consultas ambulatoriais, participação de oficinas terapêuticas, além de visitas domiciliares. Através desse Programa, o CISVER tem registrado grande diminuição de crises e internações, a melhoria no convívio social e familiar, o desenvolvimento de aptidões artísticas, garantindo assim, maior qualidade de vida ao cidadão e à comunidade.

Desde que foi implantado, é perceptível uma considerável melhora no que tange ao número de internações psiquiátricas. Conclui-se que através da junção CISVER e iniciativa

municipal que é possível reverter o quadro de sofrimento mental, amenizando crises e, conseqüentemente, promovendo melhor qualidade de vida ao cidadão do município².

Os nossos pacientes quando precisam de hospitalização ou de acompanhamento diferenciado por situações especiais são encaminhados para o município de São Vicente de Minas, que oferece atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS devem prestar atendimento individual, medicamentoso, psicoterápico, grupal, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e socioterápicas, visitas domiciliares e atendimento à família, enfocando a integração do paciente ao seu meio social (BRASIL, 2001).

Um dos problemas de maior relevância detectados na ESF Dr. José Ataíde do Nascimento foi o número considerável de pessoas com depressão. O que ocorre é que, muitos deles se esquecem das recomendações sugeridas pelos profissionais e não aderem à medicação antidepressiva indicada, contribuindo para a recidiva da doença que pode resultar no aumento desnecessário na dosagem dos antidepressivos e descompensação da doença.

Alem disso, existe uma grande procura de usuários para troca de receitas, prescritas por outros especialistas que, na maioria das vezes, não são psiquiatras, mas clínicos, cardiologistas, entre outros. O médico de família passou, então, a ter o papel de analisar, reavaliar a conduta e decidir o que fazer, e às vezes mantendo a prescrição por não estar preparado para tal.

Particularmente torna-se importante empreender uma revisão, reforma e uma reconstrução das práticas de saúde do município para a educação permanente dos profissionais de saúde e para a sua atuação cotidiana. Principalmente para as ESF, visando à atenção e a sensibilização dos profissionais para a realização de uma prescrição racionalizada dos medicamentos psicotrópicos e com isso, reduzir o uso abusivo, evitando a dependência física e psíquica destas substâncias.

² Disponível em < <http://www.cisver.mg.gov.br/?pid=876/>> acesso em 12 de agosto de 2015.

2. JUSTIFICATIVA

Justifica-se a escolha do tema pelo elevado número de pacientes com depressão que procuram atendimento médico no dia a dia da ESF urbana do município de Piedade do Rio Grande (MG). Não existem dados estatísticos que mostrem a prevalência desse problema, mas pela elevada procura percebe-se que o problema ocorre em grande dimensão no território.

Conhecer o real motivo pelo qual alguns pacientes com depressão, residentes na zona urbana do município de Piedade do Rio Grande, cobertas pela ESF José Ataíde do Nascimento estão fazendo o uso abusivo de psicotrópicos contribuirá para o desenvolvimento de um trabalho educacional junto à comunidade, propiciando subsídios até então desconhecidos, possibilitando assim, a diminuição do seu uso.

A equipe de saúde da família participou da análise dos problemas levantados e considerou que em nível local temos recursos humanos e materiais suficientes para fazer um projeto de intervenção na tentativa de garantir um atendimento e acompanhamento adequados aos portadores de transtornos depressivos.

Portanto, considera-se a proposta viável. O projeto de intervenção vai se basear na criação de um protocolo de atendimento que garanta melhor atendimento e adesão terapêutica dos pacientes com depressão, evitando dessa forma, mais complicações.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a assistência aos usuários de medicamentos psicotrópicos da ESF urbana, do município de Piedade do Rio Grande (MG), em especial aos portadores de transtornos depressivos.

3.2. Objetivos específicos

- Melhorar as estratégias usadas pelos profissionais de saúde em relação ao uso e indicações de psicotrópicos.
- Conhecer as dificuldades dos pacientes para aderir ao regime terapêutico adequado.
- Propor alternativas para controle do uso abusivo de psicotrópicos.

4. METODOLOGIA

O presente trabalho é um projeto de intervenção cujo tema principal é o uso abusivo de medicamentos psicotrópicos para a depressão na população da ESF Dr Jose Ataíde do Nascimento. O estudo foi realizado no ano de 2015, na cidade de Piedade do Rio Grande (MG). Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados por essa ESF, foram planejadas intervenções que permitiram identificar os fatores que contribuem para a prevalência de algumas doenças, melhorar a adesão terapêutica dos pacientes a fim de se prever complicações.

Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como as publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância para o tema proposto. Outros dados importantes que foram utilizados são os que estão disponíveis na Secretaria Municipal de Piedade do Rio Grande, dados do Ministério da Saúde, IBGE, arquivos da equipe e prontuários médicos.

Os descritores utilizados nesse trabalho foram: Estratégia de Saúde da Família, Adesão terapêutica, Sistema Único de Saúde, Depressão, Saúde Mental e Psicotrópicos. O trabalho contou com a participação dos profissionais de saúde e da população adscrita a ESF urbana.

Este trabalho apresenta revisão também descritiva, porque pretende relatar as experiências humanas tal como são narradas pelos participantes, ou seja, descrever a sua vivência face a um fenômeno, extrair a sua natureza e a significação que as pessoas lhe atribuem, através da análise estrutural dos dados colhidos.

Nessa perspectiva, o interesse visa compreender os fatores que interferem no aumento do quadro depressivo e na não adesão dos doentes ao regime terapêutico na Atenção Básica. O trabalho será com a equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e agentes comunitários de saúde em parceria com a Secretaria de Saúde do município e o Programa Bem Viver.

No projeto foi utilizado o Planejamento Estratégico e Situacional que é um processo de planejamento que diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos

metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo e uma mudança situacional futura. Essa metodologia foi utilizada para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações a serem desenvolvidas, que serão descritas na Proposta de Intervenção.

A principal fonte de dados foram os registros da ESF e os prontuários médicos, que foram revisados e catalogados de acordo com os problemas identificados como mais prevalentes e urgentes. Além disso, foram analisados dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) acerca dos problemas levantados pela equipe como mais urgentes para a região.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Uso dos psicotrópicos

O consumo de medicamentos psicotrópicos tem sido objeto de diversos estudos no Brasil, devido a seus impactos sociais, econômicos e, sobretudo, suas implicações na saúde da população. Quanto aos aspectos relativos à saúde mental têm sido pauta de grandes discussões e mudanças nas formas de atender à população acometida por distúrbios de natureza psíquica. Todavia, algumas medicações psicotrópicas continuam sendo utilizadas em larga escala, na sua grande maioria, sem uma indicação terapêutica precisa, como no caso dos benzodiazepínicos (CARLINI, 2001).

Conforme este autor, essa situação pode estar relacionada ao fato de que algumas pessoas experimentam momentos de ansiedade diante das dificuldades da vida, recebendo nessa fase, a indicação para o uso de substâncias psicoativas.

A saúde mental envolve desde transtornos leves, sendo na maioria dos casos controlados com orientação adequada, boa escuta e apoio psicossocial, até transtornos graves e severos, impondo terapia medicamentosa contínua e, às vezes, contenção química e mecânica.

Segundo Pereira (2009), as doenças psiquiátricas mais prevalentes na atenção básica são: transtornos depressivos e ansiosos, síndromes psicóticas (esquizofrenia ou por abuso de álcool e drogas) e distúrbios do sono. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. A dependência química é determinada por uma série de motivos, todos com papel importante como: fatores socioeconômico, familiar e cultural que vem interferindo na escolha do sujeito (BRASIL, 2004).

No município de Piedade do Rio Grande o acesso à saúde inicia-se a partir da Atenção Básica, que se constitui por uma Unidade Básica de Saúde na sede central e uma na zona rural, com duas equipes da ESF. Estas unidades são os locais onde o usuário recebe o primeiro atendimento, e as ESF, são responsáveis pela prevenção e tratamento das doenças (PMS, 2014 - 2017).

O Brasil tem um sistema de saúde mental inovador, centrado nos cuidados na comunidade, mas ainda enfrentando grandes desafios em sua implementação. De acordo com

Cerqueira (1984), a partir da década de 1960, ocorreram críticas ao modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos e surgiram experiências localizadas de mudança da forma de atendimento. No entanto, é a partir do final da década de 1980 que a reforma psiquiátrica brasileira toma vulto e implanta-se como política de governo (MEDEIROS, 1992).

Em 1990 foi criada a Coordenação Geral de Saúde Mental, no lugar da Divisão Nacional de Saúde Mental, que até aquele momento exercia funções de planejamento de campanhas de saúde mental e manutenção de alguns hospitais psiquiátricos públicos. Ela passa a coordenar efetivamente a política de saúde mental do país e, potencializada pela emergência do SUS, implanta ações de grande impacto no sistema público de saúde, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o financiamento de serviços na comunidade (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Uma das principais estratégias no Brasil para se implementar a política de saúde mental passa pela regulamentação do sistema, por meio do arcabouço normativo dentro do SUS. O Ministério da Saúde publicou, de 1990 a 2010, 68 portarias versando sobre a área de saúde mental: regulamentação dos serviços, formas e valores no financiamento, criação de programas e grupos de trabalho (BRASIL, 2004).

De acordo com o conceito proposto pela Organização Mundial da Saúde (2012), o uso racional de medicamentos ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (MANAGEMENTS CIENCES FOR HEALTH, 1997).

Para esse propósito, existe no país uma lista de medicamentos chamados “essenciais”, distribuídos gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios dotados de farmácias de dispensação de medicamentos. E uma relação de medicamentos para o programa de saúde mental está nessa lista de medicamentos essenciais (NEGRI, 2002).

O Programa para Aquisição de Medicamentos para Saúde Mental foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1999, seguindo o princípio da descentralização, para permitir que a programação e as compras acompanhem a estrutura e as particularidades de cada local. Sendo assim, o Ministério da Saúde envia diretamente aos fundos de saúde o equivalente a 80% dos gastos, que estão condicionados a uma contrapartida de 20% do total (MATEUS; MARI, 2013).

O Ministério da Saúde também trabalha com uma lista de medicamentos chamados de alto custo ou excepcionais, de valor elevado, utilizados em geral, em tratamentos por longos

períodos, como os destinados a doenças psiquiátricas, neurológicas, osteoporose, hepatite e transplantes (no caso da saúde mental, fundamentalmente os antipsicóticos de segunda geração). Para Negri (2002), a aquisição e a distribuição desses medicamentos são de responsabilidade dos estados, sendo financiadas com recursos do Ministério da Saúde.

É importante garantir o acesso e o fornecimento gratuito dos psicofármacos, inclusive aqueles de última geração, os quais devem ser usados de acordo com protocolos de tratamento, incorporando inovações tecnológicas comprovadas e seguras (BRASIL, 2002).

De acordo com os relatos de Rodrigues (2006):

O importante crescimento do percentual de indivíduos que adquirem o psicofármaco na farmácia do SUS indica que houve maior acesso aos psicofármacos por parte dos indivíduos com menor renda. Esse achado sugere aumento da equidade no acesso a essa medicação. Tal fato contribui para a compreensão da ausência de associação entre consumo de psicofármacos e renda familiar. (RODRIGUES, 2006, p. 113).

Ainda conforme Rodrigues (2006), na maioria das vezes o usuário que recorre à Unidade Básica de Saúde recebe um atendimento fragmentado, centrado no patológico, distanciando de sujeito. No entanto ele está em busca do cuidado, no seu sentido mais amplo, como atitude de quem deseja recuperar sua autonomia, tornando-se sujeito de si, capaz de compreender-se e, portanto de cuidar-se.

Diante essa afirmação podemos confirmar que o medicamento psicotrópico tem uma relevante participação social quando é devidamente prescrito por um profissional médico que identifica a real necessidade do fármaco.

Os medicamentos psicotrópicos são remédios utilizados no combate da ansiedade, agitação, insônia, angústia, depressão, que são sintomas muito frequentes em diversos agravos. As drogas psicotrópicas são também denominadas psicoativas, sedativas ou tranquilizantes, podendo ser usadas como estimulantes (BALDESSARINI, 1995).

Algumas dessas substâncias como os tranquilizantes, podem levar a uma queda do rendimento individual, quando utilizados de forma continuada por meses ou anos, além de provocarem dependência física e psíquica, como a diminuição da memória e da atenção, força muscular e potência sexual. Tais condições podem ainda, acentuar a ansiedade ou a depressão, criando um círculo vicioso negativo (RANG; DALE; RITTER, 2001).

Além disso, o uso inconveniente de medicamentos psicotrópicos pode trazer ainda muitos problemas para a saúde do paciente, tal como a intoxicação medicamentosa, que tem sido frequente nos últimos anos (BORTOLETTO; BOCHNER, 1999).

Dito isso, podemos dizer que os psicotrópicos trazem uma série de efeitos adversos e não a solução ou cura de doenças, necessitando de prescrição consciente e orientação direcionada ao usuário quanto à auto-administração.

5.2 Adesão ao regime terapêutico

A Organização Mundial da Saúde estima que em 2020 os transtornos depressivos sejam a segunda maior causa de comprometimento funcional, perdendo apenas para as doenças coronárias. Nos adultos, o transtorno depressivo maior atinge de 10% a 25% das mulheres e de 5% a 12% dos homens ao longo da vida, valores estes que se mantêm constantes em diferentes raças e culturas (OMS, 2012). No que se referem aos transtornos depressivos, as estimativas da OMS são preocupantes, pois os quadros depressivos contribuem para o índice elevado de baixa produtividade e piora na qualidade de vida dos pacientes.

Colaborando com essa idéia temos que:

A depressão afeta mais de 340 milhões de pessoas em todo o mundo e gera graves consequências, como o prejuízo funcional e altas taxas de morbidade e mortalidade. Além disso, estima-se que, até 2030, a depressão ocupe o primeiro lugar como principal causa de anos perdidos por incapacidade, caracterizando-se um grave problema de saúde pública (WHO, p. 61. 2009).

A depressão é um transtorno psiquiátrico caracterizado pela: perda de prazer nas atividades diárias; apatia; alterações cognitivas (redução da capacidade de raciocinar adequadamente, de se concentrar e de tomar decisões); psicomotoras (lentidão, fadiga e sensação de fraqueza); distúrbios do sono (mais frequentemente insônia, podendo ocorrer também sonolência excessiva); alterações do apetite; diminuição da libido; retraimento social; prejuízo funcional significativo (como mau desempenho laboral ou escolar) e ideação suicida (TADOKORO, 2012).

A depressão pode ser também a causa de outros problemas, como o distúrbio do sono, as dores crônicas e a somatização. Pacientes depressivos são mais propensos ao abuso de álcool e drogas.

A insônia é um problema muito observado na prática clínica e, na maioria das vezes, é consequência de algum outro problema, seja orgânico (doença cardiovascular, tireoideopatias, diabetes mellitus) ou mental (depressão, ansiedade). O médico da unidade tem evitado o uso excessivo e indiscriminado de benzodiazepínicos devido seus efeitos colaterais, dependência e resistência à droga. Entretanto, muitos pacientes já usam o medicamento há muito tempo e tem resistência à troca ou abandono do mesmo.

Na maioria dos casos há um componente psicológico (sofrimento subjetivo) associado às doenças orgânicas, por vezes atuando como entrave à adesão de práticas preventivas ou da terapêutica proposta. Pode-se dizer que todo problema de saúde é também mental, e que toda saúde mental é também produção de saúde.

Para Cunha (2009), a maior precisão no diagnóstico de sintomas depressivos e o desenvolvimento da indústria farmacêutica foram acompanhados de aumento expressivo na prescrição de drogas psicotrópicas. Porém, a adesão ao tratamento só é considerada adequada quando o paciente segue entre 76 a 91% da prescrição total estabelecida pelo profissional, mas somente 24% dos pacientes fazem parte deste grupo.

Essa falta de adesão contribui para o prejuízo da qualidade de vida do paciente, prejuízos nas suas atividades laborais, baixa na produtividade, além de desperdício da medicação naquelas instituições onde a mesma é fornecida gratuitamente para o paciente.

A adesão ao tratamento farmacológico e a segurança do paciente são importantes desafios na prática assistencial, pois a falta de adesão ao tratamento farmacológico está associada à exacerbação de sintomas, pior prognóstico, reinternações, altos custos, ajustes desnecessários na prescrição e refratariedade farmacológica (SILVA, 2012).

As dificuldades e desafios para o seguimento do tratamento medicamentoso entre pessoas com transtornos mentais precisam ser antecipadas e abordadas de forma cuidadosa em cada contato com o paciente e a sua participação será determinante no processo do tratamento. O desconhecimento sobre o esquema terapêutico pode ser um fator que comprometerá a segurança e efetividade do tratamento.

Diante do exposto, a promoção da adesão e segurança do paciente ao tratamento medicamentoso requer intervenções que considerem o conhecimento do paciente sobre o esquema terapêutico e os elementos que, na perspectiva do indivíduo, são decisivos para a adesão. Desse modo, torna-se importante investigar o conhecimento do paciente e as dificuldades

relacionadas ao seguimento da terapêutica medicamentosa para implementação de ações que otimizem a adesão e contribuam para prevenção de agravos decorrentes do uso inadequado de medicamentos.

5.3 Intervenções preventivas

Frente aos problemas abordados, faz-se necessário o acompanhamento pelos órgãos de saúde pública, com a criação de políticas que permitam supervisionar o uso indevido dos medicamentos psicotrópicos e sensibilizar a população e a classe médica para a importância do uso racional dos medicamentos.

Apesar desse cenário crítico, as intervenções preventivas não têm tradição no que diz respeito ao uso abusivo de psicotrópicos. As políticas públicas que buscam reduzir os efeitos negativos decorrentes do uso dessas drogas, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, começam a se desenhar, revelando a necessidade de reavaliação das políticas públicas de saúde, educação e segurança (OMS, 2012). As políticas de redução de danos reconhecem que as pessoas usam e muitas delas continuarão usando drogas, independentemente das intervenções convencionais, que em geral apresentam baixa efetividade.

Embora esse uso já tivesse sua importância reconhecida internacionalmente, no Brasil foram inúmeras as resistências políticas para a implementação de projetos voltados para a redução de danos, uma vez que a regulação de abusos ocorre pelo desenvolvimento de uma série de estratégias definidas socialmente. “Essas estratégias apontam para os indivíduos, utilizando-se de códigos que orientam prescrições etárias ou de grupos específicos, dosagens, formas de administração e mistura das mesmas e definição dos momentos propícios ao seu uso, ou seja, formas de consumo aceitas” (FIGUEIREDO, 2002, p. 37).

Alguns autores estudados concordam que os fatores que vêm diferenciando, ao longo do tempo, a legalidade da ilegalidade dos psicotrópicos são, sobretudo, os interesses políticos e econômicos. A exemplo disso, citamos Gorgulho (p. 13, 2004) “não existe uma situação de tal forma específica que justifique a ilegalidade de uma substância. Isso é uma construção social. Ser legal ou ilegal é uma definição da sociedade”.

Figueiredo (2002), contrário às antigas orientações, retoma com a ideia da incoerência social da existência de outras substâncias também psicoativas danosas à saúde e que

têm ampla utilização e comércio, reforçando a necessidade de revisão dos modelos metodológicos sobre as drogas, que trata tais substâncias como mercadorias comuns, com consumo regulamentado apenas pelo mercado.

A Associação Internacional de Redução de Danos, formada por cientistas e profissionais que embasam essa linha de ação, vem preconizando que, “se não é possível livrar o mundo das drogas, é melhor aprender a conviver com elas e ensinar as pessoas a usar essas substâncias com o máximo de segurança possível” (GORGULHO, 2004, p. 18).

Assim, conforme esse mesmo autor, o modelo de redução de danos amplia, para uma maior diversidade de possibilidades, a promoção da melhoria das situações de vida e de saúde dos indivíduos, adotando princípios de análise da psicologia cognitiva e social. Isso equivale reconhecer que a maioria dos indivíduos da sociedade se compõe de um grupo de risco baixo ou moderado com relação ao abuso de drogas, o que vem mais uma vez, reforçar a adoção de políticas sociais que reconheçam a legitimidade da pluralidade de modos de vida e que atuem a partir da aceitação dessa realidade.

Dentro desta perspectiva, os indivíduos são vistos como sendo responsáveis por suas próprias escolhas e como agentes e receptores de influências ambientais ou como “sujeitos de direitos...” (GORGULHO, 2004, p. 18). Dessa maneira, torna-se essencial o desenvolvimento de intervenções complementares, voltadas para a prevenção, incluindo trabalhos direcionados para os demais aspectos que envolvem o uso de drogas, ou seja, o indivíduo e o meio social em que se encontra.

Damos o nome de prevenção primária ao conjunto de ações que procuram evitar a ocorrência de novos casos de uso abusivo de psicotrópicos ou até mesmo um primeiro uso (OMS, 2012). Essas ações podem ser realizadas dentro de diferentes enfoques, sendo a divulgação de informações o modelo mais conhecido. Dentro dos modelos informativos, destacam-se duas vertentes principais: o modelo baseado no amedrontamento, onde são divulgados apenas os prejuízos causados pelas drogas, que é considerado inadequado, embora já tenha sido muito utilizado em um passado recente. Já o modelo baseado na informação científica não tendenciosa, onde a informação é geral, isenta sobre as drogas, vem sendo muito utilizado ao longo dos últimos anos.

Porém, alguns estudos têm sugerido que, apesar da informação ser fundamental, quando aplicada isoladamente não tem tido muito sucesso enquanto medida preventiva, uma vez

que embora ela seja capaz de mudar alguns conceitos, isso não implica, necessariamente, em uma mudança de comportamento (CARLINI, 1995). O autor acrescenta que existem outros modelos de prevenção primária, mais recentes, sem uma devida avaliação da sua efetividade. Esses modelos buscariam fortalecer atitudes saudáveis ou a oferta de alternativas esportivas e culturais. São modelos voltados para a modificação do ambiente, das condições e práticas instrucionais, que visam principalmente, a sensibilização de lideranças naturais para atuarem como multiplicadores do processo.

A escolha do melhor modelo de prevenção vai depender do critério considerado pela equipe de trabalho como o mais importante e mais adequado a cada circunstância e contexto. Para isso, é fundamental conhecer e respeitar as características e as necessidades da comunidade onde se pretende atuar.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Como plano de ação de acordo com principal problema observado pode-se utilizar de várias abordagens, como por exemplo: abrir agenda específica para atendimento de pacientes depressivos, criando um tempo exclusivo para a saúde mental, pode-se também incluir esses pacientes em grupos operativos de saúde mental, realizando psicoeducação, explicando, por exemplo, a forma de uso correto das medicações bem como fazendo uma abordagem das principais síndromes psiquiátricas.

O paciente estando ciente do problema que enfrenta e a história natural da sua doença, bem como a abordagem da família, pode aderir-se ao tratamento medicamentoso proposto pelo médico com sucesso.

Em relação ao desenho das operações pretende-se aumentar o nível de informação dos pacientes com transtornos depressivos em relação a sua doença. Para isso serão criados grupos operativos específicos. Estratégias de comunicação serão necessárias para que se tenha mobilização da população participante.

Será disponibilizada na agenda de atendimentos uma tarde ou manhã específica para esse grupo de pacientes com depressão incluindo atendimento médico e grupos operativos específicos.

Cadernos de saúde mental disponibilizados pelo Ministério da Saúde servirão de base para as palestras oferecidas a esses pacientes. O enfoque maior será na psicoeducação, que compreende uma forma interventiva estruturada, didática e sistemática, no âmbito das vertentes da psicologia: educacional, social e da saúde.

Após o atendimento médico de cada paciente, será avaliada em equipe a necessidade de encaminhamento ao especialista, reforçando o fluxo de atendimento. Os pacientes crônicos, que apenas fazem renovação de receitas, serão convidados para consulta com o médico. No caso de pacientes com outras comorbidades, serão realizadas interconsultas com outros especialistas.

Outra operação necessária é de modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes selecionados, o que significa boa saúde, incluindo práticas de atividade física e boa alimentação. Mudanças no estilo de vida são fundamentais no tratamento desses pacientes, para isso é preciso parcerias com educadores físicos e fisioterapeutas, na tentativa de abordar esses pacientes. Serão necessários recursos financeiros e espaço apropriado para as atividades, além do apoio do gestor.

A elaboração da proposta de intervenção baseou-se no Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme descrito na metodologia. Os passos percorridos pela equipe serão descritos a seguir:

6.1 Definição e priorização dos problemas

Após a coleta de informações, a equipe definiu os principais problemas de saúde existentes na região:

- Incidência alta de transtornos mentais: Depressão, pacientes com transtorno de humor e ansiedade, atraso mental, síndromes psicóticas, somatização e transtornos do sono.
- Risco cardiovascular aumentado: Pacientes hipertensos de difícil controle, diabéticos e fatores de risco (dislipidemias, obesidade, sedentarismo, tabagismo e história familiar de doença coronariana).
- Atendimentos de urgência e emergência: A falta de equipamento para esse tipo de atendimento e a falta de treinamento dos funcionários desencorajam sua prática, sendo a maioria dos casos referenciados ao Hospital Municipal de São João Del Rei ou aos Centros de Referência.

Quadro 1: Principais problemas diagnosticados na ESF urbano através de registros escritos e observação ativa da área no município

Problema	Registros	Entrevista	Observação
Risco Cardiovascular Aumentado	Médicos, SIAB	Não	Sim
Transtornos Mentais	Prontuários	Não	Sim
Atendimentos de Urgência e Emergência	Médicos, SIAB	Não	Sim

Fonte: UFMG/Curso de Especialização em Estratégia de saúde da Família, autorizado.

Após a definição dos problemas, a equipe procedeu à priorização dos mesmos, orientando e direcionando custos e esforços para sua resolução. Como sugerido por Campos *et al* (2010), os critérios para priorização dos problemas foram: sua importância (com valor baixo,

médio ou alto), sua urgência (com distribuição de 50 pontos), a capacidade de enfrentá-los (se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe).

Os problemas foram enumerados por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios, através de uma seleção conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2: Priorização dos principais problemas detectados

Principais Problemas	Importância	Urgências	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Problema de Saúde Mental	Alta	20	Parcial	1
Risco cardiovascular aumentado	Alto	15	Parcial	2
Atendimentos de urgência e emergência	Alto	15	Parcial	3

Fonte: UFMG/Curso de Especialização em Estratégia de saúde da Família, autorizado.

6.2 Descrição do problema

Depois da priorização dos problemas apontados pela equipe da ESF urbana do município de Piedade do Rio Grande, os transtornos mentais, mais especificamente os transtornos depressivos, foram escolhidos como alvo de atenção especial com avaliação dos conhecimentos e procedimentos para seu enfrentamento. Devido ao seu elevado grau de importância na região e à falta de uma sistematização no manejo dos pacientes psiquiátricos.

Quadro 3: Descrição dos problemas identificados pela ESF

Indicador	Valor (Pacientes atendidos pela ESF De Janeiro a agosto de 2015)	Fonte
Depressão	321	Registro da equipe
Ansiedade	305	Registro da equipe
Síndromes Psicóticas	101	Registro da equipe
Distúrbios do Sono	254	Registro da equipe

Fonte: UFMG/Curso de Especialização em Estratégia de saúde da Família, autorizado.

6.3 Explicação do problema

Observou-se através de análise dos registros escritos da ESF urbana que quase 45% da população adscrita usa ou já usou algum antidepressivo para tratamento de transtorno da depressão e transtorno de ansiedade, em diferentes graus de severidade. Esses pacientes são acompanhados pelo médico ou pela enfermeira da ESF.

6.4 Seleção dos Nós Críticos

Foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento do problema de saúde mental na atenção básica:

- Doença crônica: Destas doenças, destacamos o desequilíbrio emocional, devido à dificuldade para lidar com os problemas diários e a falta de informação que eles têm em relação à sua doença.
- Pressão Social: Pobreza, desemprego, violência social e doméstica, problemas que afetam todos os membros da família e são causas de famílias disfuncionais.
- Uso incorreto da medicação: Não adesão ao tratamento medicamentoso.
- Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema: Incapacidade dos profissionais para a condução dos casos de saúde mental.

6.5 Desenho das Operações dos Nós Críticos

O objetivo do plano de ação é resolver os problemas. No quadro 4, são apresentadas as operações que serão realizadas e os resultados esperados.

Quadro 4: Desenho das Operações dos Nós Críticos

Nós Críticos	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Doença crônica Uso incorreto da medicação	Saber Saúde Aumentar o nível de informação da população, sobre doenças crônicas e importância da adesão ao tratamento indicado pelo médico	População com mais conhecimento sobre doenças crônicas e importância do tratamento adequado	Avaliação do nível de informação da população Campanhas na rádio local	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema Financeiros: Financiamento dos projetos Políticos Aprovação do projeto
Pressão social	Viver melhor Aumentar oferta de empregos Diminuir violência social e doméstica	Diminuir o desemprego e a violência	Programas de geração de emprego Programa da Cultura de Paz	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema Financeiros: Financiamento dos projetos Políticos: Aprovação do Projeto
Estrutura dos serviços de saúde	Melhor Gestão Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes portadores de depressão	Garantir medidas para melhor adesão terapêutica dos pacientes portadores de depressão	Capacitação de Pessoal Compra de medicamentos, materiais e insumos previstos Consultas especializadas	Políticos: Aumento dos recursos para estruturar o serviço Financeiros: Aumento da oferta de exames e consultas e melhoria no transporte para atendimento fora do município Cognitivo: Elaboração

				do projeto de adequação do serviço de saúde mental
Processo de trabalho em saúde	Atua saúde Aumentar o conhecimento da ESF sobre o acompanhamento e manejo do paciente portador de transtornos mentais	População com melhor qualidade de atendimento	ESF melhor capacitada para atendimento e acompanhamento da população doente e vulnerável	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema Organizacional: Funcionamento dos protocolos de saúde mental Financeiros: Aumento dos recursos para estruturar o serviço de saúde mental Políticos: Apoio para executar o plano

Fonte: UFMG/Curso de Especialização em Estratégia de saúde da Família, autorizado.

6.6 Identificação dos Recursos

Outra etapa importante é identificar os recursos utilizados para elaborar e desenvolver as ações necessárias para a solução dos problemas.

Quadro 5: Recursos críticos para desenvolvimento das operações

Operação \ projeto	Recursos Críticos
Saber Saúde	Político: Articulação Intersetorial Financeiro: Compra de folhetos e recursos audiovisuais
Viver Melhor	Financeiros: Financiamento dos projetos Políticos: Aprovação do projeto
Melhor Gestão	Políticos: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros: Aumento da oferta de exames e consultas especializadas e transporte para atendimento fora do município
Atua Saúde	Financeiros: Aumentar os recursos para estruturar o serviço de saúde mental Políticos: Conseguir apoio para executar o plano

Fonte: UFMG/Curso de Especialização em Estratégia de saúde da Família, autorizado.

6.7 Análise de Viabilidade do Plano

Conforme o quadro 6 pretende-se mostrar como organizar os responsáveis para que essa operação que exige controle e responsabilidade seja possível, resolvendo os problemas com os recursos disponíveis.

Quadro 6: Propostas de Ações para motivar os atores

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos (Ator)	Motivação	Ações Estratégicas
<p>Saber Saúde</p> <p>Aumentar os conhecimentos da população sobre as doenças crônicas</p>	Políticos: Articulação com a Secretaria de Educação	Secretaria de Educação e ESF	Favorável	<p>Palestras, programas educativos na radio, folhetos</p> <p>Criar grupos operativos com equipe multidisciplinar para todos os ciclos de vida</p>
<p>Viver Melhor</p> <p>Aumentar a oferta de empregos</p> <p>Diminuir a violência doméstica e social</p>	<p>Organizacional: Mobilização social em torno do desemprego e violência</p> <p>Financeiros: Financiamento dos projetos</p> <p>Políticos: Aprovação do projeto</p>	<p>Associações de Bairros, Assistência Social e Polícia Militar</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	Favorável	<p>Apresentar projetos de apoio às associações e Departamentos de Ação Social</p> <p>Investir em mobilizações e campanhas sociais</p>
<p>Melhor Gestão</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes portadores de depressão</p>	<p>Políticos: Aumentar os recursos para estruturar o serviço</p> <p>Financeiros: Aumentar oferta de exames e consultas especializadas e melhoria no transporte para atendimento fora do município</p>	Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal	Favorável	Apresentar dados à Prefeitura Municipal que comprovem a necessidade de investimento em saúde mental

Atua Saúde Implantar linhas Guias da Saúde Mental através de protocolos e investimentos	Financeiros: Aumentar os recursos para estruturar o serviço de saúde mental Políticos: Conseguir apoio para executar o plano	Secretaria de Saúde	Favorável	Organização e adequação dos fluxos de Referência e Contra-referências Articulação entre os setores da saúde
---	---	---------------------	-----------	--

Fonte: UFMG/Curso de Especialização em Estratégia de saúde da Família, autorizado.

6.8 Elaboração do Plano Operativo

Quadro 7: Plano Operativo

Operações	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Saber Saúde Aumentar o nível de informação da população sobre doenças crônicas Importância da adesão ao tratamento indicado pelo médico	População com mais conhecimento sobre doenças crônicas Tratamento adequado	População bem informada Campanhas na Rádio local	Palestras, programas educativos na rádio, folhetos Criar grupos operativos com equipe multidisciplinar para todos os ciclos de vida	Equipe de Saúde	1 mês
Viver Melhor Aumentar a oferta de empregos Diminuir a violência social e doméstica	Diminuir o desemprego e a violência	Programa de geração de emprego Programa da cultura de paz	Apresentar projetos de apoio às associações e Departamentos de Ação Social Investir em mobilizações e campanhas sociais	Prefeitura Municipal Equipe de saúde	3 meses
Melhor Gestão Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o atendimento dos pacientes portadores de depressão	Garantir medidas para melhor adesão terapêutica dos pacientes portadores de depressão	Capacitação de Pessoal Compra de medicamentos, materiais e insumos previstos Mais oferta de consultas especializadas	Apresentar dados à Prefeitura Municipal que comprovem a necessidade de investimento em saúde mental	Secretaria de saúde	3 meses
Atua Saúde Aumentar o conhecimento da ESF	População com melhor qualidade de atendimento	ESF melhor capacitada para atendimento e	Organização e adequação dos fluxos de	Equipe de saúde	-

sobre o acompanhamento e manejo pacientes da saúde mental		acompanhamento da população doente e vulnerável	Referência e Contra-referências Articulação entre os setores da saúde		
---	--	---	--	--	--

Fonte: UFMG/Curso de Especialização em Estratégia de saúde da Família, autorizado.

6.9 Gestão do Plano

Esta etapa indica como a equipe pretende concretizar seus objetivos e alcançar os resultados esperados, apresentando as planilhas para acompanhamento de projeto:

Operação 1: Saber Saúde

Coordenação: Secretária de Educação (Adriana Gonçalves Teixeira)

Avaliação: Após 3 meses do início do projeto

Quadro 8: Operação 1 - Saber Saúde

Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Campanha educativa na rádio local	Equipe de saúde	3 meses	Parceiros identificados	Falta de definição do horário pela emissora local	1 mês
Avaliação do nível de informação da população sobre doenças crônicas Uso correto da medicação	Equipe de saúde	6 meses	Projeto de avaliação elaborado	-	-
Capacitação dos profissionais da saúde e ESF no manejo do paciente com transtornos mentais	Equipe de saúde	3 meses	Projeto de avaliação elaborado	-	-

Fonte: UFMG/Curso de Especialização em Estratégia de saúde da Família, autorizado.

Operação 2: Viver Melhor

Coordenação: Prefeito Municipal (Mauro Rodrigues do Vale)

Avaliação: Após 6 meses do início do projeto

Quadro 9: Operação 2 – Viver Melhor

Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Aumentar oferta de empregos	Prefeitura	3 meses	Projeto elaborado	Falta aprovação	3 meses
Programa de fomento da cultura de paz	Equipe de saúde	3 meses	Implementado em todas as micro-áreas	-	-

Fonte: UFMG/Curso de Especialização em Estratégia de saúde da Família, autorizado.

Operação 3: Melhor Gestão

Coordenação: Assessor Jurídico (Bartolomeu Rogério)

Avaliação: Após 9 meses do início do projeto.

Quadro 10: Operação 3 – Melhor Gestão

Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Estrutura do serviço de saúde mental	Secretaria de Saúde	6 meses	Falta aprovação	Falta de recursos	3 meses

Fonte: UFMG/Curso de Especialização em Estratégia de saúde da Família, autorizado.

Operação 4: Atua saúde

Coordenação: Secretário de Saúde (Angileu Sebastião Teixeira).

Avaliação: Após 6 meses do início do projeto

Quadro 11: Operação 4 – Atua Saúde

Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
ESF melhor capacitada	Equipe de saúde	3 meses	Implementado	-	-

Fonte: UFMG/Curso de Especialização em Estratégia de saúde da Família, autorizado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com esse plano de intervenção identificar fatores que influenciam o aumento do uso de medicamentos para o transtorno mental, em especial a depressão, na ESF José Ataíde Nascimento, do município Piedade do Rio Grande/MG.

Além disso, espera-se possibilitar o desenvolvimento de competências para que nós, enquanto profissionais da saúde possamos ajudar os portadores de sofrimento mental a aumentar o conhecimento sobre sua doença, para a criação das suas próprias estratégias, de maneira a cumprirem com mais rigor um determinado regime terapêutico, aumentando a taxa de adesão e reduzindo o número de usuários que estão com acompanhamento médico incorreto.

Para a realização desse projeto de intervenção será preciso articular parceria entre a ESF, o Programa Bem Viver, a UBS e a Secretaria de Saúde do município. Outro ponto importante é o de garantir avaliação dos pacientes que se queixam de depressão e a distribuição dos medicamentos necessários para tratamento da depressão e de outras doenças psiquiátricas e comprovar a adesão terapêutica dos pacientes.

A implantação de um dia reservado para atendimento aos pacientes com transtornos mentais, com enfoque nos pacientes com transtornos depressivos, faz parte também do plano operativo. É necessário manter contato direto com o Programa Bem Viver para que seja possível alcançar bons resultados. Para elevar a cobertura de atendimentos será preciso fazer adequação da agenda do médico e da enfermeira.

Objetiva-se acolher grande parte dos pacientes com transtornos mentais, sendo necessária também a articulação com a Prefeitura Municipal.

Desta forma, poderemos definir o fluxo adequado de cuidado e de ações preventivas e por fim garantir atendimentos de qualidade, além de aumentar a qualidade de vida da população portadora de transtornos depressivos da nossa área de abrangência.

REFERÊNCIAS

BALDESSARINI, R.J. **Drugs and the treatment of psychiatric disorders: psychosis and anxiety**. In: HARDMAN, J.G.; GILMAN, A.G.; LIMBIRD, L.E. (Eds.) Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 9.ed. New York: McGraw Hill, 1995. Cap. 18, p. 399 – 430.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. p. 213.

BRASIL. Ministério da Saúde (2004). **Legislação em Saúde Mental, 1990 – 2004**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final da III Conferência de Saúde Mental: Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2011**. Brasília: MS, CNS; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde mental e a atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. (2008). **“O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004”**. Cad. Saúde Pública. 24 (2): 456-468.

BORTOLETTO, M. E.; BOCHNER, R. **Drug impact on human poisoning in Brazil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 859-869, out./dez., 1999.

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. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARLINI C. B. 1995. **Movimentos e discursos contra as drogas: o caso da sociedade norte-americana**. *Revista ABP-APAL* 17(3): 93-101.

CARLINI E. A. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil 2001**. São Paulo: Centro Brasileiro sobre Drogas Psicotrópicas; 2002.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social – Problemas Brasileiros de Saúde Mental**. São Paulo: Atheneu, 1984.

CISVER, São João Del Rei, 2015. Disponível em < <http://www.cisver.mg.gov.br/?pid=876/>> acesso em 12 de agosto de 2015.

Conselho Municipal do Patrimônio Cultural, Piedade do Rio Grande, 2014. Disponível em: <<http://www.cmpcprg.com.br/>> acesso em 17 de setembro de 2014.

CHANDOLA, 2000; Kaplan & Keil, 1993; Kunst et al., 1995; Mackenbach et al., 1997; Wagstaff, p. 641-649. 2000.

CUNHA, M. F. & Gandini, R. de C. (2009). **Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 409- 418.

IBGE, Censo Demográfico 2010. **Características da População e dos Domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

FIGUEIREDO, R. Contribuições Femininas para a Educação, In: **Gênero e educação**. Brasília, DF: CNTE, 2002. (Cadernos de Educação, 10).

FIRMINO, K. F. et al. **Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano**, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1223-1232, 2011.

GORGULHO, M. Entrevista. **Revista Época**, ed. 333, 4 de out. p. 13-18. 2004.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH). **Manging Drug Supply**. 2. Edition. Connecticut: Kumarian Press; 1997.

MATEUS, M. D.; MARI, J.J. O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios, In: **Política de saúde mental: baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 20-55, 2013.

MEDEIROS, T., “Uma história da psiquiatria no Brasil”. In: Silva Filho, J. F.; Russo, J. A. (ed.). **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de saúde mental**. Porto Alegre: Ministério da Saúde; 2001. Nota Técnica do Ministério da Saúde. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Saúde mental do SUS: Os centros de atenção psicossociais**. Brasília. DF. 2004.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.

NEGRI, B., **Política Federal de Assistência Farmacêutica – 1990 a 2002**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Office of the United Nations High Commissioner, 2002.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Reagindo aos Problemas das Drogas e do Álcool na Comunidade**, São Paulo, 2012.

PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. **A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.815-822, 2000.

PEREIRA, A. A. **Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 44p.

PMPRG/SMS. Prefeitura Municipal de Piedade do rio Grande. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde. 2015-2017.** Piedade do Rio Grande:SMS.

PNAD, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2004.** Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, v. 25, 2014.

RANG, H. P.; DALE, M. M. RITTER, J.M. **Farmacologia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RODRIGUES MAP; LIMA MS. **Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil.** Rev. Saúde Pública 2006; 40 (1): p.113.

SILVA, T. F. C. **Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura.** Jornal brasileiro de. psiquiatria 2012; 61(4):242-251.

TADOKORO, D. C. **Transtornos mentais na atenção primária:** uma reflexão sobre a necessidade de organizar e acolher a demanda dos usuários do SUS, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care.** Geneva, p. 61. 2009.