

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Yamila Fernandez Pena

**PROPOSTA PARA ABORDAGEM SOBRE O USO INDISCRIMINADO
DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**Polo Uberlândia – MG
2016**

Yamila Fernandez Pena

**PROPOSTA PARA ABORDAGEM SOBRE O USO INDISCRIMINADO
DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

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

Orientadora: Prof^a. M^a. Márcia Araújo Barreto.

**Polo Uberlândia – MG
2016**

Yamila Fernandez Pena

**PROPOSTA PARA ABORDAGEM SOBRE O USO INDISCRIMINADO
DE PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Banca examinadora:

Examinador 1:

Prof^a. M^a. Márcia Araújo Barreto – Universidade Federal de Uberlândia-UFU.

Examinador 2:

Prof^a Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - Universidade Federal do Triângulo Mineiro -UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em 26 de Setembro de 2016.

"O que mais te surpreende na Humanidade?

Os homens...

*Porque perdem a saúde para juntar dinheiro, depois
perdem dinheiro para recuperar a saúde...*

*E por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem-se do
presente de tal forma que acabam por não viver nem o
presente nem o futuro. E vivem como se nunca fossem
morrer...*

E morrem como se nunca tivessem vivido."

Dalai Lama

RESUMO

O uso de psicofármacos sem o devido acompanhamento clínico onde habitualmente sua prescrição se baseia na renovação de receitas é frequente nas unidades básicas de saúde no Brasil. Em Uberlândia, Minas Gerais, esta realidade não é diferente. Este trabalho se propõe a elaborar um plano de ação com o objetivo de diminuir o uso abusivo de psicofármacos pela população da área de uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de Uberlândia/MG. O Processo metodológico se desenvolveu por etapas, utilizando o Método Simplificado de Planejamento Estratégico Situacional – PES: Diagnóstico Situacional; Revisão de Literatura; Elaboração de um Plano de Ação. As ações propostas procuraram não apenas focar no controle e diminuição do uso de psicotrópicos, mas sim desenvolver uma linha de cuidado mais abrangente. Envolve conscientização de usuários sobre seus transtornos mentais e possíveis terapêuticas; capacitação de profissionais da saúde para a utilização de ferramentas de abordagem familiar junto a estas famílias; estímulo à corresponsabilidade na gestão do cuidado; propostas de terapêuticas não medicamentosas que possam contribuir não apenas para o transtorno mental como também para a melhoria da qualidade de vida de uma forma geral, com destaque para a introdução da meditação (atenção plena). Com a implantação deste plano de ação espera-se melhorar a abordagem dos pacientes com transtornos mentais, usuários ou não de psicotrópicos, além de promover melhoria em sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Psicotrópicos, Atenção Plena.

ABSTRACT

The use of psychoactive drugs without proper clinical follow where usually your prescription is based on the renewal of prescriptions is common in basic health units in Brazil. In Uberlandia, Minas Gerais, this reality is no different. This study aims to develop an action plan with the aim of reducing the abuse of psychotropic drugs by the population of the area of a Family Health Unit in Uberlandia/MG. The methodological process developed in stages, using the Strategic Planning Simplified Method Situational - PES: Situational Diagnosis; Literature review; Preparation of an action plan. The actions proposed have sought not only focus on the control and reduction of the use of psychotropic drugs, but to develop a more comprehensive care line. It involves awareness of users about their mental and possible therapeutic disorders; training of health professionals to use familiar tools approach with these families; stimulate the responsibility in care management; non-drug therapeutic proposals that may contribute not only to the mental disorder as well as to improve the quality of life in general, especially the introduction of meditation (mindfulness). With the implementation of this action plan is expected to improve the management of patients with mental disorders, users or not of psychotropic drugs, and promote improvement in their quality of life.

Keywords: Primary health care, Psychotropics Drugs, Mindfulness.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AACD - Associação de Assistência a Criança Deficiente
- ACS - Agente Comunitário de Saúde
- AMIHS - Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas Herbert de Souza
- APAE Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
- APS - Atenção Primária em Saúde
- ASG - Assistente de Serviços Gerais
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- BIREME - Biblioteca Regional de Medicina
- BVS - Biblioteca Virtual da Saúde
- BZD - Benzodiazepínicos
- CAD - Centro de Atenção ao Diabético
- CAPS - Centro de Atenção Psico Social
- CCC - Centro de Cultura e Convivência
- CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
- CEREM - Centro de Reabilitação Municipal
- CERET - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CID 10 - Classificação Internacional de Doenças e Agravos 10ª Revisão
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social
- CTCR - Centro de Tratamento Cálculo Renal
- DSM_IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
- HC/UFU - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
- HOBC - Hospital de Olhos do Brasil Central
- IBGE - Instituto de Geografia e Estatística
- ICPC - International Classification of Primary Care
- IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MBSR - Mindfulness-based Stress Reduction
- MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES - Planejamento Estratégico Situacional
PICS - Práticas Integrativas e Complementares
PMU - Prefeitura Municipal de Saúde
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF - Programa Saúde da Família
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO - Scientific Eletronic Library Online
SIS-REG - Sistema de Regulação de Vagas
SUS - Sistema Único de Saúde
TMC - Transtornos Mentais Comuns
UAI - Unidade de Atendimento Integrado
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição territorial dos distritos do município de Uberlândia/MG	2
Figura 2 - Distribuição dos bairros da Zona Leste de Uberlândia/MG em 2015	10
Figura 3 - Áreas de abrangência para atendimento em Atenção Básica no setor Leste de Uberlândia/MG em 2015	11
Figura 4 - Área de abrangência para atendimento em Atenção Básica no setor Leste de Uberlândia/MG em 2015.	11
Figura 5 - Rede de Assistência à Saúde do Setor Leste de Uberlândia/MG em 2015.	15

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição da agenda de atendimentos oferecidos na UBSF Morumbi V em Uberlândia-MG em 2015	19
Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V em Uberlândia-MG em 2015	37
Quadro 3 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema: “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V em Uberlândia-MG em 2015	39
Quadro 4 - Desenho das ações para motivação dos atores e viabilização das operações para os “recursos críticos” do problema: “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V em Uberlândia-MG em 2015	40
Quadro 5 - Plano operativo o enfrentamento do problema: “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V em Uberlândia-MG em 2015	41
Quadro 6 - Gestão do plano das ações para o enfrentamento do problema: “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V em Uberlândia-MG em 2015	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População urbana e rural por faixa etária do município de Uberlândia/MG para o ano 2010	5
Tabela 2 - Distribuição da População da área de abrangência da UBSF Morumbi V segundo o sexo e faixa etária - Uberlândia/MG – 2015	12
Tabela 3 - Alguns indicadores de cobertura referente a área de atuação da UBSF Morumbi V - Uberlândia/MG – 2015	13
Tabela 4 - Mortalidade da população da área de abrangência da UBSF Morumbi V - Uberlândia/MG – 2015	15

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Identificação e histórico do município	1
1.2. Descrição do município	2
1.2.1. Aspectos Geográficos	2
1.2.2. Aspectos Socioeconômicos	3
1.2.3. Aspectos Demográficos	5
1.3. Sistema local de saúde	5
1.4. Unidade Básica de Saúde da Família	10
2. JUSTIFICATIVA	21
3. OBJETIVOS	22
4. METODOLOGIA	23
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	25
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	34
6.1. Identificação dos problemas	34
6.2. Priorização dos problemas	35
6.3. Descrição do problema selecionado	35
6.4. Explicação do problema	36
6.5. Seleção dos “nós críticos”	36
6.6. Desenho das operações	37
6.7. Identificação dos recursos críticos	39
6.8. Análise de viabilidade do plano	40
6.9. Elaboração do plano operativo	41
6.10. Gestão do plano	43
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	47

1. INTRODUÇÃO

O uso abusivo de psicofármacos tem sido cada vez mais uma preocupação em saúde pública. No Brasil, desde o surgimento das drogas seu uso tem aumentado consideravelmente. Apesar da falta de dados estatísticos na área da UBSF Morumbi V observa-se uma grande demanda de pacientes usuários crônicos de psicotrópicos, motivo de preocupação e mobilização da equipe para a elaboração de uma proposta de modificação desta realidade. Para tanto, necessário se faz conhecer em que contexto esta comunidade está inserida.

1.1. Identificação e histórico do município

O município de Uberlândia está localizado no Estado de Minas Gerais, na Região Ampliada de Saúde do Triângulo Norte, Pertence também à Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e à microrregião do Triângulo Mineiro (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2013).

Seus municípios limítrofes são Araguari (37,7 Km), Indianópolis (62,3 Km), Monte Alegre de Minas (70,4 Km), Prata (84,5 Km), Tupaciguara (70,1Km), Uberaba (105 km) e Veríssimo (145 km). A distância até a capital Belo Horizonte é de 556 ou 460 km (UBERLÂNDIA, 2015c)

O município tem atualmente como prefeito Gilmar Machado, tendo como secretário de saúde Dario Rodrigues dos Passos e como coordenadora da atenção básica Elisa Toffoli Rodrigues e coordenador da atenção a saúde bucal Cassio Alves.

Em 1682, passara pelas Gerais em busca de ouro, em direção a Goiás, o bandeirante Bartolomeu Bueno da Silva, “O Anhanguera”, cujo filho viria retomar este caminho em 1772 saindo de São Paulo, atravessando o Triângulo Mineiro – conhecido como Sertão da Farinha Podre – rumo ao atual estado de Goiás. Quando o ciclo da mineração começou a cair e com a ascensão do ciclo econômico cafeeiro, a comunidade estabeleceu ligações mais estáveis com São Paulo, uma vez que seu grande potencial agrícola se afinava com a realidade paulista. Com a proclamação da independência do Brasil, estas áreas receberam incentivos de povoamento e motivadas pelas concessões de terras, em 1817 começaram a chegar ao sul de Minas as primeiras famílias de posseiros que deram início ao processo de produção econômica organizada: plantação de mandioca, cereais e criação de gado. As

principais fazendas que deram origem ao município foram a Fazenda Olho D'Água, Fazenda Laje, Fazenda Tenda e Fazenda Marimbondo. Na fazenda Tenda formou-se um povoado que recebeu o nome de Arraial de Nossa Senhora do Carmo de São Sebastião da Barra de São Pedro de Uberabinha. Mais tarde simplesmente São Pedro do Uberabinha, que aos poucos foi se transformando num centro comercial muito expressivo e em agosto de 1888, tornou-se município, inicialmente com 3 distritos: São Pedro do Uberabinha (sede), Martinópolis e Santa Maria. Desde então incorporou os distritos de Tapuیرama e Cruzeiro dos Peixotos sendo que Santa Maria passou a chamar-se Miraporanga e Martinópolis a chamar-se Martinésia, assim permanecendo até hoje (Figura 1) (UBERLÂNDIA, 2015a).

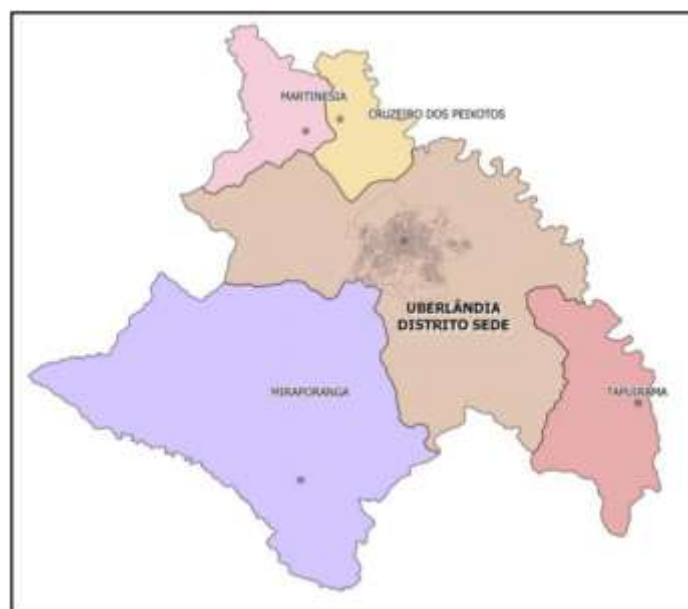


Figura 1 - Distribuição territorial dos distritos do município de Uberlândia/MG, 2015.

Fonte: PMU–Diretoria de Pesquisa Integrada–SEPLAN

1.2. Descrição do município

1.2.1. Aspectos Geográficos

Uberlândia, distrito sede, possui ainda mais 4 distritos (Figura 1): Cruzeiro dos Peixotos (24 Km da sede), Martinésia (32 Km da sede), Miraporanga (50 Km da sede) e Tapuیرama (38 Km da sede) e subdivide-se em 5 setores sanitários (Figura 3): Norte, Sul, Oeste, Leste e Central (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015a).

Sua extensão territorial é de aproximadamente 4.115,82 Km², sendo que a área de maior extensão é a rural, com cerca de 3.896,82 Km², correspondendo a 94,67% da extensão do município. A área urbana, por sua vez, possui cerca de 219 Km², equivalente a 5,23% da área total do município (BRASIL, 2015a; 2015b; UBERLÂNDIA, 2015a).

1.2.2. Aspectos Socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Uberlândia aumentou de 0,702 em 2000, para 0,789 em 2010, e apresenta taxa maior que a de Minas Gerais e a do Brasil, que registram 0,731 e 0,727, respectivamente. O aumento de 12,39% em 10 anos fez a cidade se manter com alto desenvolvimento humano e subir da 4^a para a 3^a colocação de melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do Estado, atrás de Nova Lima (0,813) e Belo Horizonte (0,810). No ranking nacional, Uberlândia ganhou 45 posições, passando da 116^a para a 71^a posição (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

O município de Uberlândia com uma renda média mensal per capita de R\$ 865,00, está em 4^o lugar entre os municípios de Minas Gerais. Os dados apresentados pelo IBGE, referentes ao Censo 2010, apontam que a média uberlandense é 35% superior à média estadual (R\$ 641,00) e 30% maior que a média nacional (R\$ 668,00) (BRASIL, 2015a; 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

O setor terciário atualmente é a maior fonte geradora do PIB uberlandense, com 7.479 038 mil reais do PIB municipal (setor terciário). A indústria é o segundo setor mais relevante para a economia uberlandense com 2.729 956 mil reais do PIB municipal (setor secundário). A agricultura é o setor menos relevante da economia de Uberlândia. De todo o PIB da cidade 271.271 mil reais é o valor adicionado bruto da agropecuária (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

O saneamento básico em Uberlândia está com 100% de água tratada e 99% de tratamento de esgoto no perímetro urbano, ou seja, 6288 moradores de Uberlândia ainda não têm acesso à rede de esgoto, segundo dados do Departamento Municipal de Água e Esgoto – DMAE (UBERLÂNDIA, 2013).

Uberlândia é servida por 4 rodovias federais importantes para as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte. Essa condição permite que a cidade seja considerada ponto de passagem e de contato para os diversos centros comerciais e consumidores do país (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b). São elas:

- BR-050: Tem início em Brasília (DF) chegando até a cidade de Santos (SP). É uma rodovia que apresenta grande circulação de veículos, ligando a capital do país à maior metrópole brasileira, São Paulo.
- BR-365: Rodovia federal que faz a ligação entre as regiões Nordeste e Centro-oeste. Essa rodovia liga Uberlândia a Montes Claros.
- BR-455: Tem seu início em Uberlândia e termina na cidade de Planura (MG), onde inicia a BR-364.
- BR-497: Rodovia que liga as cidades de Uberlândia e Carneirinho (MG). Além da malha rodoviária, o município conta com uma estrada de ferro administrada pela Ferrovia Centro- Atlântica, que corta o Triângulo Mineiro interligando o Estado de São Paulo ao Estado de Goiás, na direção norte-sul.

Além da malha rodoviária, o município conta com uma estrada de ferro administrada pela Ferrovia Centro-Atlântica, que corta o Triângulo Mineiro interligando o Estado de São Paulo ao Estado de Goiás, na direção norte-sul. (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

De acordo com o IBGE 2010, entre a população com mais de 15 anos de idade, que é o recorte de faixa etária considerada ideal pelos especialistas para analisar a taxa de analfabetismo, em Uberlândia 5,04% declarou-se analfabeta, menor que a taxa verificada em Minas Gerais, de 7,66% e no país, de 7,66%, no mesmo período (2015b; UBERLÂNDIA, 2013).

1.2.3. Aspectos Demográficos

A população de Uberlândia em 2010, segundo o Instituto Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), correspondia a 604.013 habitantes, sendo que desse total, 2,77% (16.745 habitantes) residem na zona rural. Em relação à população de 2000 que foi de 488.982 habitantes, o crescimento populacional foi de 20,1% em 2010, ou seja, 98.285 habitantes na área urbana. Na área rural, a porcentagem de crescimento

foi de 36,9% resultando num aumento de 4.513 habitantes em 2010 (BRASIL, 2015a; 2015b; UBERLÂNDIA, 2015a)

A população de Uberlândia se concentra na área urbana, com uma densidade populacional de 2.706,2 habitantes por Km². A população feminina em 2010 foi de 309.099 (51,2%) enquanto que a masculina foi de 294.914 (48,8%) (BRASIL, 2015a; UBERLÂNDIA, 2015a)

Tabela 1: População urbana e rural por faixa etária do município de Uberlândia/MG para o ano 2010.

Faixa Etária	Urbana		Rural		Total	
	No	%	No	%	No	%
0 a 4 anos	37848	6,4	1367	8,2	39221	6,5
5 a 9 anos	39345	6,7	1552	9,3	40904	6,8
10 a 14 anos	44092	7,5	1394	8,3	45494	7,5
15 a 19 anos	49651	8,5	1221	7,3	50880	8,4
20 a 24 anos	56609	9,6	1270	7,6	57889	9,6
25 a 39 anos	153647	26,2	4072	24,3	157745	26,1
40 a 59 anos	146266	24,9	4014	24,0	150305	24,9
60 e + anos	59806	10,2	1859	11,1	61675	10,2
Total	587264	100,0	16749	100,0	604013	100,0

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010

Em relação à faixa etária (Tabela 1), segundo o censo de 2010 a população rural apresentou um percentual maior de menores de 15 anos e de maiores de 60 anos em comparação com a área urbana, sendo que a faixa etária produtiva (de 15 a 59 anos) o percentual foi maior na área urbana em relação à rural (BRASIL, 2015a).

A Taxa de Crescimento Anual em 2010 foi de 1,1%, com uma Densidade Demográfica de 37,40 hab/Km² (BRASIL, 2015b).

A estimativa populacional para 2015 é de 662.362 habitantes, e segundo a Prefeitura Municipal de Uberlândia 646.131 na área urbana e 16.231 na área rural (BRASIL, 2015a; 2015b; UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

1.3. Sistema Local de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia possui uma rede pública de serviços assistenciais abrangente do ponto de vista geográfico, com atuação

significativa no coletivo e no individual, no preventivo e no curativo, apresentando ações de serviços públicos em todos os níveis de complexidade (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

As ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no município são predominantemente realizadas pelos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município. O cidadão é atendido por meio da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidade de saúde (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

As unidades estão regionalizadas em setores sanitários (Centro, Leste, Norte, Oeste e Sul) e possuem no total 74 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 59 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) entre rurais e urbanas e mais 2 Unidades de Apoio à Saúde na zona rural. Com este número de ESF tem-se uma cobertura populacional assistida de 27%. O município possui também 9 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) tradicionais, responsáveis pela cobertura de 25% da população. Compondo o conjunto de equipamentos de saúde que integram os setores sanitários, estão as 7 Unidades de Atendimento Integrado (UAIs) e 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA Sul, antiga UAI São Jorge), cobrindo o restante da população (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Considerando as especificidades de cada ponto da RAS, as UBSFs se estruturam no trabalho de equipes multiprofissionais responsáveis por um território delimitado, com área de abrangência definida de 3000 a 4000 pessoas, onde promovem ações de saúde baseadas no diagnóstico das necessidades de saúde da comunidade, sendo considerado o modelo assistencial da Atenção Básica. Os profissionais da UBSF cuidam de todos os ciclos de vida, desde a o recém-nascido até os idosos, com vínculo e responsabilização pelas pessoas. Além das atividades de prevenção e promoção de saúde, a equipe atende as demandas agudas desta população da sua área abrangência dentro da competência da atenção primária e é também responsável pela coordenação do cuidado nos outros pontos da rede (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

As unidades de atendimento na atenção básica são as UBSFs, UBSs e UAIs. Na maioria das UBSFs são oferecidos serviços de saúde de atendimento ambulatorial nas áreas de Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Ginecologia, Odontologia,

Psicologia, Serviço Social e atendimento de enfermagem. Já na UBS as ações mesclam elementos da Saúde da Família com uma prática clínica tipicamente ambulatorial. O atendimento ambulatorial nas UBSFs e UBs acontece em geral das 7 h às 17 h (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

As UAIs, que são unidades mistas, fazem atendimento ambulatorial na Atenção Básica e Pronto Atendimento funcionando 24 horas por dia todos os dias da semana. A atenção básica oferecida pelas UAIs pode ser considerada precária, pois desconsidera a territorialização, o vínculo, o trabalho em equipe multiprofissional, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), fragmentando o cuidado médico (Clínica, GO e Pediatria), mesclando a atenção ambulatorial especializada com o modelo do Pronto Atendimento. O atendimento ambulatorial acontece das 7 h às 22 h, com a instalação do Horário do Trabalhador (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

O atendimento de emergência de Odontologia, também funciona das 7 h às 22 h de segunda a sexta. Outra característica importante das UAIs é que elas oferecem consultas especializadas, como: pronto atendimento em Clínica Médica, Pediatria, Traumatologia, atendimento ambulatorial de atenção primária de sua área de abrangência, assim como o atendimento de várias especialidades tais como, Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Urologia, Gastroenterologia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Dermatologia, Cardiologia, Angiologia, Nefrologia, Neurologia, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Serviço Social. Também são realizados exames de apoio diagnóstico de imagem e laboratório, dentre outros. Existem, ainda, os leitos para observação, sala de emergência e sala para pequenas intervenções cirúrgicas ambulatoriais (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Além da equipe mínima (médico, enfermeiro, ACS), as UBSFs contam com 9 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que oferecem apoio matricial de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educador físico e tutoria de médicos ginecologistas-obstetras, psiquiatras, pediatras em grande parte das ESF, além da tutoria de geriatria/clínica médica no setor Norte. Há atendimento de acupuntura em duas unidades dos Setores Oeste e Leste, integrando as atividades de Práticas Integrativas e Complementares, que já estão sendo ampliadas, inicialmente em todo Setor Leste (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

A Rede de Atenção à Saúde do município conta também com Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro e suas principais especialidades são: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica, Unidade de Terapia Intensiva - UTI (Adulto e Neonatal) e Cuidados Intermediários, sendo o acesso regulado pela Central de Regulação Municipal (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Integrando a Rede de Atenção no Município e sendo também hospital de referência macrorregional em serviços de alta densidade tecnológica, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU), incluindo o Hospital do Câncer e Hospital Odontológico, desenvolvem também ações de média densidade tecnológica e outras em atenção básica, disponibilizando seus serviços totalmente para o SUS. Mantém atendimento de urgência/emergência 24 horas em pronto-socorro (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

O município conta, também com Ambulatórios Especializados: 5 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (divididos em CAPS adultos, CAPS Álcool e Drogas e CAPS Infantil), Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas Herbert de Souza (AMIHS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Reabilitação Municipal (CEREM), Centro de Atenção ao Diabético (CAD), Ambulatório de Oftalmologia, Ambulatório de Fonoaudiologia, Programa de Lesões Lábio Palatais (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c).

Compondo a RAS existem Unidades de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) que prestam serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, contemplando as áreas de Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Reiki, Auriculoterapia, Massoterapia e Meditação. Atuam na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (UBERLÂNDIA, 2015d).

Completam a Rede de Atenção os hospitais privados contratados, onde são realizadas cirurgias cardíacas, cirurgia geral e em trauma-ortopedia, internações clínicas e UTI. Atualmente são os seguintes serviços privados contratados no Município (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c):

- Hospitais: Hospital Santa Catarina, Hospital Santa Marta, Clínica Infantil Dom Bosco;
- Clínicas de diálise: Instituto de Nefrologia, Instituto do Rim e Nefrologia do Triângulo;
- Clínicas de exames de alta densidade tecnológica: Centro de Tratamento Cálculo Renal - CTCR, Centro de Medicina Nuclear – CEMEN; Clínicas Oftalmológicas: ISO OLHOS - Instituto de Saúde Ocular, Hospital de Olhos do Brasil Central - HOBC, Oftalmo Clínica;
- Laboratórios de análise clínica e anatomia patológica: Laboratório Central, Laboratório de Patologia Clínica Eduardo Maurício, Laboratório de Anátomo Patologia Vichow, DIU e CHEKUP;
- Laboratórios de Histoimunocompatibilidade (transplante renal e medula óssea): LITU e Biogenetics;
- Clínicas de fisioterapia, saúde mental e outros: Consultórios Reunidos de Ortopedia, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE, Associação de Assistência a Criança Deficiente – AACD, Clínica Jesus de Nazaré e Medcor.

Dos 8.034 profissionais que prestam serviços para o município na área da saúde, 32,97% possuem vínculo do tipo emprego público; 24,55% têm vínculo estatutário; 11,52% não possuem categoria específica; 3,01% com vinculação celetista; 0,60% contratados por tempo determinado e 0,21% cargos comissionados (BRASIL, 2015c).

Para que se possa cumprir o que a Lei determina o Conselho deve exercer o controle social do SUS. Isso significa dizer que cabe ao Conselho fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados à área de Saúde no Orçamento do Município, bem como aprovar o Plano Municipal de Saúde.

Do mesmo modo o Conselho deve exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, fundo esse para onde é destinado os recursos a serem gastos com a saúde no Município.

As reuniões do Conselho que ocorrem sempre na ultima quarta-feira do mês às 19 horas, no Anfiteatro Cícero Diniz na PMU.

1.4. Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V

A equipe da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Morumbi V, foi inaugurada no dia 02 de setembro de 2014 e está situada no Bairro Morumbi, na Rua das Emas nº28, no Setor Leste de Uberlândia/MG (Figura 2), cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com o número 7223505 (BRASIL, 2015c).

Inicialmente neste endereço, funcionava a UBSF Morumbi I que ao ter sua área redimensionada, parte desta área ficou para a recém-criada UBSF Morumbi V e o restante da população continuou com a equipe do Morumbi I em outro endereço.

A área de abrangência da UBSF Morumbi V, contempla parte do Bairro Morumbi (zona urbana), Vila Marielza (zona rural) e parte da população de uma área de invasão próxima à unidade.



Figura 2. Distribuição dos bairros da Zona Leste de Uberlândia/MG em 2015.

Fonte: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=24305623>

Situada na Zona Leste de Uberlândia (Figuras 3 e 4), a UBSF Morumbi V tem localização urbana e dista cerca de 10 Km do centro da cidade (UBERLÂNDIA, 2015d).

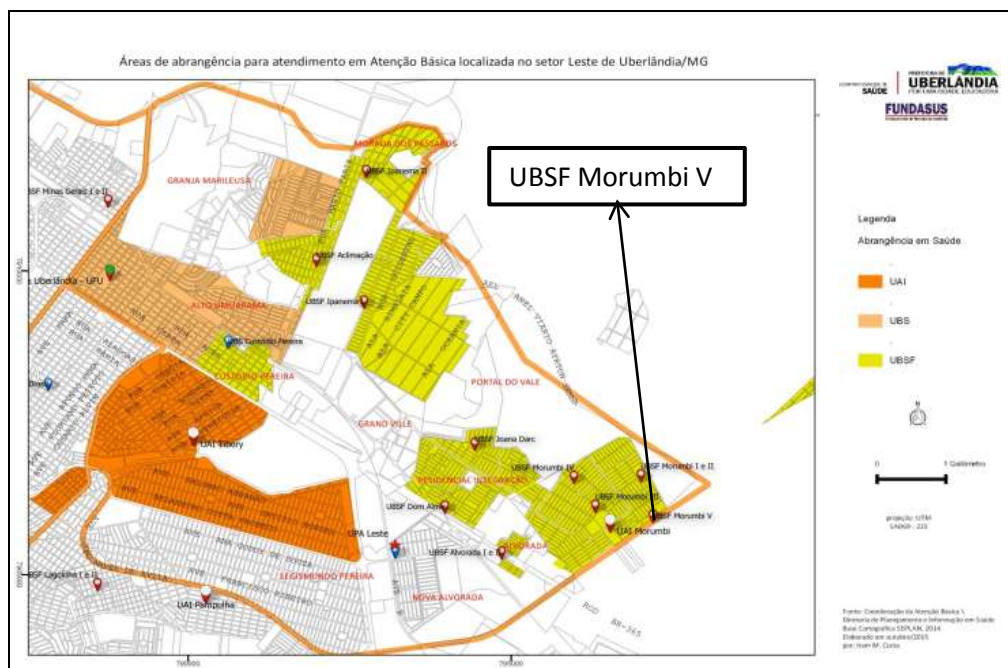


Figura 3. Áreas de abrangência para atendimento em Atenção Básica no setor leste de Uberlândia/MG em 2015.

Fonte: SEPLAN – PMU



Figura 4. Área de abrangência para atendimento em Atenção Básica no setor Leste de Uberlândia/MG em 2015.

Fonte: <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=zB7YOpmgz5dU.kSsiLVi7g3Dg>

A população estimada para a área de abrangência da UBSF Morumbi V para 2014 foi de 3661 habitantes, que corresponde a 2,9% da população da região urbana do Setor Leste (total de 125.256 habitantes) e em conjunto com as UBSFs Morumbi I, II, III e IV cobre 14,6%. Na área rural cobre 3,0% (466 habitantes) do Setor Leste de um total de 2385 habitantes rurais (UBERLÂNDIA, 2015d).

A população cadastrada até o momento da área urbana de abrangência da equipe do Morumbi V (Tabela 2) é de 2303 habitantes, correspondendo a 272 famílias, onde 7,5% são menores de 5 anos, 12,5% estão com 60 anos ou mais e 62,6 estão entre 15 a 59 anos.

Tabela 2 - Distribuição da População da área de abrangência da UBSF Morumbi V segundo o sexo e faixa etária - Uberlândia/MG - 2015

Faixa Etária	Total	
	No	%
0 a 5 anos	173	7,5
6 a 9 anos	200	8,7
10 a 14 anos	198	8,6
15 a 59 anos	1442	62,6
60 anos ou mais	290	12,5
Total	2303	100,0

Fonte: Levantamento cadastro dos ACS da UBSF Morumbi V.

A maioria da população da área urbana de atuação da UBSF Morumbi V é alfabetizada, predominando o “ensino fundamental” como nível de escolaridade. A taxa de desemprego gira em torno de 40%. Todas as casas (100%) estão com acesso a luz elétrica e telefone, possuem saneamento básico ligadas à rede pública de esgoto, abastecimento de água da rede pública e coleta de lixo pela rede pública. Inclusive a área rural e parte da área da invasão da nossa área de cobertura também estão com saneamento básico em todas as casas e abastecimento de água da rede pública.

Nossa área tem um índice de violência elevada devido ao consumo de álcool e outras drogas.

Em relação aos equipamentos sociais na área urbana temos o Instituto Polítriz e uma Escola de Educação Infantil subsidiada pela Prefeitura de Uberlândia. Não possui praças e nenhum outro ponto cultural. Existe uma igreja católica e está

surgindo uma evangélica em frente a unidade. O comércio conta com os pequenos mercados e padarias. As caminhadas que praticamos com o grupo de hipertensos são realizadas pelas ruas, sem lugar específico.

Na área rural (Vila Marielza) não existem escolas, praças e supermercado. Existe um campo de futebol, bares e três igrejas evangélicas, sendo que em uma delas realizamos o atendimento à população.

Na região encontra-se também o Centro Ação Social José Lelis, sendo a fabricação de tijolos pela população local o primeiro projeto implantado na área e o Centro foi construído com os próprios tijolos fabricados pela população. Oferece diversos cursos para a população local, diversas atividades sociais para crianças e adolescentes, além de trabalho para alguns moradores locais.

O Clube CESAG, é constituído por um grande espaço de lazer com piscina, quadras e parque infantil. Nesse Clube também ocorrem Projetos Culturais que se transformam em uma referência cultural para a população de toda a região leste da cidade.

Até o momento (Tabela 3), encontram-se cadastradas na UBSF Morumbi V um total de 14 gestantes das quais 3 realizam pré-natal de alto risco sendo acompanhadas por ginecologistas e as outras 11 gestantes realizam acompanhamento de pré-natal de risco habitual na unidade, com faixa etária entre os 18 e 30 anos. Gestantes com menos de 20 anos corresponde a 3% de todas as gestantes acompanhadas. O total de 100% das puérperas realiza a consulta puerperal. A unidade não possui nenhum caso de morte materna até o momento.

A prevalência de Hipertensão na população cadastrada da área da UBSF Morumbi V foi de 13,0% e de Diabetes 4,0%. O número de tabagistas corresponde a 8,7 %.

Tabela 3 - Alguns indicadores de cobertura referente a área de atuação da UBSF Morumbi V - Uberlândia/MG - 2015

Indicador	2015
Nº de recém nascidos	10
% RN pesados	100 %
% RN Peso < 2.5 kg	10 %
% de Aleitamento exclusivo em crianças < 4 meses	100 %

% de < 1 ano com vacina em dia	100 %
% de < 1 ano desnutridas	1 %
Nº de gestantes cadastradas	14
% gestantes < 20 anos	3 %
% gestantes acompanhadas	14 %
% gestantes vacinadas	14 %
Nº de Hipertensos cadastrados	303
% hipertensos acompanhados	100 %
% hipertensos controlados	89 %
Nº de Diabéticos cadastrados	92
% Diabéticos acompanhados	100 %
% Diabéticos controlados	96 %
Nº de casos de Tuberculose	0
Nº de Casos de Hanseníase	0
Nº de Tabagistas	200
Nº de Portadores de necessidades especiais	10
Nº de DPOC/Asma	10
Nº de DST	3
Nº de Obesidade	10
Nº de Alcoolismo	3
Nº de Epilepsia	15
Nº de Doença de Chagas	5
Nº de Transtornos Mentais	310

Fonte: Levantamento cadastro dos ACS da UBSF Morumbi V.

Em relação aos transtornos mentais, os mais frequentes são depressão, ansiedade, transtorno do pânico e tabagismo, motivo pelos quais ocorrem as maiores demandas pela renovação de receitas dos psicotrópicos. A renovação de receitas de psicotrópicos acontece a cada 2 meses e na maioria das vezes sem consulta médica devido à grande demanda e a sobrecarga de agenda. Como consequência os pacientes terminam por utilizar estes medicamentos por tempo prologado, desenvolvendo dependência e resistência às tentativas de retirada do medicamento. Observa-se na realidade que a grande maioria destes usuários utiliza os psicotrópicos para esquecer os problemas do dia a dia, ocorrendo um uso indiscriminado destas substâncias.

No ano de 2015 foram notificados 20 casos de Dengue de residentes na área de abrangência da UBSF Morumbi V.

Os casos mais comuns de internação são devido às doenças crônicas descontroladas (Hipertensão, Diabetes e Alcoolismo).

Ocorreram 5 óbitos em 2015 (Tabela 4), todos maiores de 50 anos e as causas foram Acidente Vascular Cerebral (AVC), cardiopatia, câncer e agravos relacionados à senilidade.

Tabela 4 - Mortalidade da população da área de abrangência da UBSF Morumbi V - Uberlândia/MG - 2015

Mortalidade	No
< 1 ano	0
1 a 4 anos	0
5 a 14 anos	0
15 a 49 anos	0
50 anos ou mais	5
Total	5

Fonte: Levantamento cadastro dos ACS da UBSF Morumbi V.

Toda a área de saúde do Setor Leste (Figura 5) é gerenciada pela Fundasus. A Rede de Assistência à Saúde do Setor Leste na área urbana conta com 13 equipes em 10 UBSF e 2 equipes em 1 UBS (Custódio Pereira) e 2 UAIs (Tibery e Morumbi) e na área rural possui 3 equipes (Tenda do Moreno, Morumbi V e Morumbi II) na Atenção Básica. A Média complexidade o CAPS Leste, CAPS AD, CAPS Sul, CEREST, HC-UFU, VISA.



Figura 5. Rede de Assistência à Saúde do Setor Leste de Uberlândia/MG em 2015.

Fonte: <http://saudeuberlandia.blogspot.com.br/2007/06/setor-leste.html>

As equipes da UBSF Morumbi V têm como apoio para o atendimento às urgências e emergências em geral (Pronto Socorro) e atendimento de especialidades a UAI Morumbi.

Para o atendimento de pacientes acamados portadores de ostomias ou que necessitem de curativos mais complexos o Programa Melhor em Casa, realiza uma avaliação inicial desses usuários e compartilha com a equipe um plano de seguimento (com a Equipe de Referência ou pelo próprio Programa).

Os medicamentos são dispensados e pela farmácia de referência regional da UAI Morumbi.

Os exames laboratoriais são colhidos em um posto de coleta do laboratório próximo à UAI Morumbi que é a referência para a UBSF Morumbi V. Caso solicitados exames radiológicos ou especialidades o próprio paciente encaminha o pedido junto à recepção da UBSF e os dados são inseridos no SIS-REG, um sistema de regulação de vaga.

No município de Uberlândia, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se estrutura a partir dos diversos níveis de atenção preconizados para pessoas com sofrimento psíquico decorrentes de transtornos mentais e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, em diversos níveis de complexidade: Atenção Básica, Atenção Psicossocial estratégica, urgência e emergência, atenção em caráter residencial transitório, atenção hospitalar, de institucionalização e reabilitação psicossocial.

O Programa de Ações em Saúde Mental se articula com a Atenção Primária em Saúde nas unidades de ESF, UBS e UAI, além dos demais programas e serviços da Secretaria Municipal de Saúde. Conta também com unidades de atenção especializada da própria Secretaria de Saúde e de prestadores de serviços.

Na Atenção Básica o serviço de atenção psicossocial da UBSF Morumbi V se organiza através das estratégias de matriciamento e tutoria, contando com referências técnicas no campo da psicologia e psiquiatria do NASF. Os casos de saúde mental são triados pelo enfermeiro e discutidos com o médico generalista e psicólogo, que caso necessário agenda consulta para o paciente em matriciamento de Psiquiatria

para realização de uma consulta compartilhada entre médico generalista, psiquiatra e psicólogo. O CAPS também encaminha diretamente pacientes que são avaliados pelo psicólogo e agendados com matriciamento de psiquiatria, da mesma forma.

A atenção em urgência e emergência em Saúde Mental é realizada com a retaguarda no Pronto Socorro de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, funcionando em regime de 24 horas, inclusive em finais de semana, sendo a referência para todo o município de Uberlândia. Atualmente, está sendo consolidada a capacitação de profissionais que atuam nos Pronto Atendimento das UAIs para que estas unidades também sejam referência na urgência e emergência em Saúde Mental, que no caso da UBSF Morumbi V será a UAI Morumbi. O Hospital de Clínicas da UFU também é retaguarda com leitos de internação em hospital geral, para casos que necessitam desta modalidade de atenção.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) prestam atenção psicossocial e realizam prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. A referência para o setor sanitário leste é o CAPS Leste. Existe também uma unidade específica para atenção especializada à infância e adolescência, o CAPS I que é referência todo o município, incluindo o setor Leste. Já o CAPS AD é uma unidade específica para atenção especializada a usuários de álcool e outras drogas, sendo responsável pela referência do setor Leste e dos setores Central e Norte do município.

Como parte desta rede existe também o Centro de Convivência e Cultura (CCC), que tem como diretriz norteadora o desenvolvimento de atividades intersetoriais na interface saúde/educação/cultura/esportes/lazer, etc, que visam a inclusão e reabilitação psicossocial do usuário dos serviços de Saúde Mental. O CCC é referência para toda a rede de Saúde Mental do município de Uberlândia.

Na UBSF Morumbi V o registro dos pacientes é feito em Prontuário eletrônico, no sistema Esus além do prontuário familiar organizado por microárea e de um cartão de identificação pessoal o “Cartão SUS”. Conta ainda com um sistema de regulação de vagas para agendamento de especialidades e de exames complementares, o SIS-REG, que é um sistema de regulação de vagas no qual o usuário é registrado de acordo com uma classificação de risco que preconiza maior agilidade para os que

necessitem de avaliações prioritárias. Essa classificação de sinais/sintomas e exames é acessada por Intranet, através dos protocolos (por especialidade e nome do exame) do SIS-REG.

Em relação ao sistema de transporte em saúde a UBSF Morumbi V conta os serviços da Central de Ambulância que disponibiliza 1 ambulância junto à UAI Morumbi para o transporte de urgência e emergência e que pode ser solicitada pelo telefone 192. Está previsto a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Uberlândia ainda este ano. Existe também a possibilidade de recorrer aos serviços dos bombeiros, mas geralmente estas ambulâncias são requeridas apenas em situações de catástrofes. Já para o transporte eletivo envolvendo eventos conhecidos e programáveis, atualmente é realizado para transporte de pacientes de atendimento ao portador de hanseníase, pé diabético e aos renais crônicos. O setor de transporte também atende as solicitações de serviços dos profissionais de saúde para o deslocamento dos mesmos na execução de suas atividades na rede municipal de saúde.

A UBSF está em fase de recadastramento da população e classificação de risco das famílias podendo estes dados sofrer alterações.

A área física da UBSF Morumbi V é constituída de:

- Uma sala de recepção com TV.
- Banheiros para usuários e funcionários de cada sexo.
- Consultório Médico.
- Consultório Enfermeiro.
- Sala de Curativo e Vacina
- Sala dos ACS.
- Sala para assistente social e psicólogo
- Copa.

A UBSF Morumbi V conta atualmente com 6 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 enfermeira, 1 médica especialista em atenção da saúde da família, 2 técnicas de enfermagem, 1 auxiliar de serviços gerais (ASG), com apoio de 1 psicólogo, 1 nutricionista, e 1 fisioterapeuta, 1 ginecologista, 1 pediatra e 1 psiquiatra pelo NASF.

O processo de trabalho na UBSF Morumbi V envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. As equipes de saúde atendem a população através de Visitas domiciliares, Consultas médicas, Consultas de enfermagem; Consultas odontológicas; procedimentos e assistência de enfermagem, grupos educativos entres outros.

Os pacientes são acolhidos inicialmente pela agente administrativa, que realiza o agendamento ou encaminha para consulta no mesmo dia, como demanda espontânea, conforme gravidade do caso. A captação para consulta e agendamento também é realizada diretamente pelos ACS, que comunicam ao enfermeiro do agendamento para casos selecionado, no caso dos pacientes de Saúde mental passam por acolhimento, agendam consulta com médico e este avalia se vai precisar o no de tutoria.

As visitas domiciliares são feitas diariamente pelos ACS e semanalmente pela enfermeira, sendo que nas quintas-feiras de manhã são as visitas realizadas pela médica, agendadas previamente segundo critérios definidores de prioridades. Considerando também especificidades individuais ou familiares. Incluem as demandas trazidas pelos ACSs, classificação de risco da família e protocolos de classificação do HiperDia, gestantes e crianças.

A consulta do binômio puérpera/recém-nascido é agendada diretamente pelo serviço social da maternidade, que faz essa programação até o 7º dia de vida do RN.

Quadro 1 - Descrição da agenda de atendimentos oferecidos na UBSF Morumbi V em Uberlândia/MG em 2015.

TURNO	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
07:00 às 11:00	Livre demanda	Idosos	Hipertensos Caminhada	Visita domiciliar	Especialização
13:00 às 17:00	Crianças	Pré-natal	Grupo hiperdia e tabagismo de 15/15 dias	6 exames laboratoriais / REUNIÃO DE EQUIPE	Especialização

Fonte: Equipe da UBSF Morumbi V

O horário de funcionamento da UBSF Morumbi V (Quadro 1) é de oito horas diárias, em dois períodos: das 07:00 às 11:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas, de

segunda a sexta, sendo que toda a quinta feira a partir das 15:00 horas a unidade fecha ao público para a realização de reunião de equipe. Na área rural realizamos atendimento à população de 15 em 15 dias, em uma igreja local.

Após discussão dos dados levantados no diagnóstico, os problemas identificados pela equipe em toda área de abrangência da UBSF Morumbi V, foram:

- Problemas de saúde ambiental
- Alta prevalência de enfermidades cardiovasculares
- Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos
- Aumento de incidência de câncer

Depois de identificados os problemas a equipe priorizou os principais problemas considerando sua “relevância”, sua “urgência” e sua “possibilidade de enfrentamento” pela equipe e comunidade, apresentando-os em ordem decrescente de prioridade:

- 1º - Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos
- 2º - Alta prevalência de enfermidades cardiovasculares
- 3º - Aumento de incidência de câncer
- 4º - Problemas de saúde ambiental

Em toda área de abrangência da UBSF Morumbi V existe um grande número de pacientes com problemas de saúde mental, predominando a ansiedade, depressão, esquizofrenia e transtorno de pânico estando em sua maioria em uso crônico de psicofármacos sem o devido acompanhamento.

O problema priorizado para a elaboração de um plano de ação para a busca de soluções foi “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V, no município de Uberlândia/MG.

2. JUSTIFICATIVA

A proposta deste trabalho se justifica pela observação da alta prevalência de pacientes com transtornos mentais que são assistidos em nossa unidade de saúde, em uso de medicações psicotrópicas por longos períodos sem a devida avaliação e acompanhamento pelo médico e sem opções de tratamentos não medicamentosos.

Somam-se a estes fatores a percepção de que estes pacientes carecem de conhecimento sobre seu transtorno mental e as consequências do uso de psicotrópicos e mesmo da possibilidade de terapêuticas não medicamentosas.

Reconhecendo a importância que tem para qualquer pessoa usufruir uma boa saúde mental que não é mais do que o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências, as vivências externas. Trazer a oportunidade de o indivíduo recuperar a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem perder o valor do real e do precioso por si só já justifica a iniciativa deste projeto.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo é propor um projeto de intervenção para diminuir o uso abusivo de psicofármacos pela população da Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V no município de Uberlândia-MG.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1- Informar e esclarecer os pacientes com transtornos mentais e seus familiares sobre a sua doença, reduzindo a ansiedade do que é desconhecido e promovendo a corresponsabilidade do cuidado.

2- Informar e esclarecer os pacientes com transtornos mentais e seus familiares sobre o uso de psicotrópicos, seus benefícios e efeitos colaterais e a possibilidade de sua redução e/ou alternativas não medicamentosas.

3- Oferecer informação e apoio aos pacientes com transtornos mentais e sua família para incentivar a união familiar e evitar o consumo de álcool e outras drogas e outras formas de estresse.

4- Organizar e promover grupos de apoio para a superação do uso abusivo de álcool e outras drogas, favorecendo sua reestruturação e reintegração na comunidade.

5- Capacitar a equipe na utilização de ferramentas de abordagem familiar para a identificação e acompanhamento das famílias disfuncionais dos pacientes com transtornos mentais e estilos de vida inadequados.

6- Programar grupo de meditação (Atenção Plena) para auxiliar pacientes e profissionais da saúde na autonomia do equilíbrio de seu estado emocional, reduzindo o estresse.

4. METODOLOGIA

O presente trabalho consistiu na elaboração de um Projeto de Intervenção para atuação sobre um problema prioritário para a população da área de abrangência da UBSF Morumbi V, localizada no Bairro Morumbi, Setor Leste do município de Uberlândia-MG no ano de 2015.

O Processo metodológico se desenvolveu por etapas, utilizando o Método Simplificado de Planejamento Estratégico Situacional – PES: Diagnóstico Situacional; Revisão de Literatura; Elaboração de um Plano de Ação (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

O primeiro passo consistiu na definição dos problemas, isto é, na identificação dos principais problemas de saúde da área de abrangência, bem como o conhecimento das suas causas e consequências. A estratégia utilizada para o levantamento de dados foi a metodologia da Estimativa Rápida.

Os dados primários foram levantados através de entrevistas com informantes chaves, moradores da comunidade e funcionários mais antigos da unidade de saúde. Além da observação ativa realizada na vivência na comunidade, das consultas médicas, acolhimento e visitas domiciliares dos ACS, enfermeira e médica, observando os problemas de saúde mais prevalentes, seguimentos de tratamento, estilos de vida dos moradores, moradia, nível de escolaridade, dentre outras informações.

Em relação aos dados secundários foram utilizados os registros existentes na UBSF Morumbi V e de outras fontes secundárias como: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, banco de dados da Fundação Nacional de Saúde; banco de dados do IBGE, Cadastro de Estabelecimento de Saúde; site da prefeitura de Uberlândia/MG. (BRASIL, 2015a; 2015b; 2015c; UBERLÂNDIA, 2013; 2015a; 2015b; 2015c; 2015d).

O segundo passo foi a priorização dos problemas, uma vez que geralmente não há governabilidade e recursos sobre todos os problemas identificados na área de abrangência.

O terceiro e o quarto passo tratou da descrição e da explicação dos problemas, com o objetivo de entender a gênese do problema a partir da identificação das suas causas.

Para fundamentar o desenvolvimento desta etapa foi realizada uma revisão bibliográfica na base de dados eletrônica no portal de periódicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Scientific Electronic Library Online (SCIELO) através dos seguintes descritores: Atenção Primária em Saúde, Adesão terapêutica, Transtornos Mentais, Psicotrópicos, Visita domiciliar, Atenção Básica, Saúde da família, Meditação. As palavras-chaves (e *key words*) foram definidas de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2014). O recorte temporal privilegiou artigos mais recentes e atualizados.

O quinto passo foi a seleção dos “nós críticos” que são as causas, dentro da governabilidade dos atores responsáveis, que quando “atacadas” repercutem sobre o problema principal e efetivamente transforma-o.

O sexto passo, o desenho das operações, teve como objetivo descrever ações para o enfrentamento dos “nós críticos”, bem como a identificação dos produtos, resultados e recursos necessários para a concretização de cada operação definida.

O sétimo passo consistiu na identificação dos recursos críticos que deverão ser consumidos em cada operação.

O oitavo passo foi a análise da viabilidade do plano, uma vez que o ator que está planejando não controla todos os recursos que são necessários para o desenvolvimento das suas operações, desta maneira, identificou-se aqueles que controlam os recursos críticos e avaliou-se o seu provável posicionamento em relação ao problema, pois, assim foi possível definir operações/ações estratégicas para construir a viabilidade do plano.

O nono e o décimo passo consistiram na elaboração do plano operativo e na gestão do plano, respectivamente.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

No cotidiano da atenção básica as equipes de saúde se deparam constantemente com problemas de “saúde mental”. Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), 53% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”.

Brunoni (2008) refere que os médicos clínicos na atenção primária são os principais responsáveis pela identificação, triagem, tratamento e encaminhamento de grande parte dos pacientes portadores de transtornos psiquiátricos.

Paradoxalmente, Andrade et al (2002) e Tesar (2003) afirmam que apesar dos transtornos mentais causarem considerável sofrimento e implicações clínicas, pelo menos um terço dos pacientes por eles acometidos não é reconhecido pelo médico da atenção primária como tendo essas condições.

O que ocorre, entretanto, é que usualmente os médicos lidam com muitos pacientes que manifestam transtornos mentais, sem saber exatamente como descrevê-los. Muitas vezes os médicos reconhecem um comportamento que consideram desviantes e a ele atribuem descrições como “poliqueixoso”, “somatizador”, “histérico”, entre outros (ANDRADE et al, 2002; TESAR, 2003).

Ao mesmo tempo, se observa uma desqualificação produzida na concepção que as próprias pessoas têm de si mesmos, onde o “transtorno emocional” aparece como códigos e metáforas culturalmente determinadas em expressões como “coisa de doido”, “vivo no mundo da lua”, “sofro dos nervos” ou “vivo nervoso”. Ou ainda apresentando sintomas físicos, na maioria das vezes como queixas sem explicação médica, tais como “bolo na garganta”, “tremura nas carnes” e diversos tipos de dores (CHIAVERINI, 2011)

Soma-se às duas situações o contexto da “psiquiatrização”, um deslocamento do eixo moral da doença para a interpretação científica. O fim das crenças da cultura sobre a loucura, fazendo desaparecer o sujeito, sua explicação de mundo e sua possibilidade de repensar a vida e transformá-la, culminando com a “medicalização” dos sentimentos, como a tristeza, por exemplo (BRANT, 2004).

Reafirmando este argumento Brant e Minayo-Gomez (2008) identificam que as maiores causas de afastamento dos trabalhadores no setor operacional foram os problemas ortopédicos e os transtornos mentais, onde trabalhadores pobres, realizando tarefas essencialmente braçais e repetitivas, sem prestígio institucional são diagnosticados como “doentes”. Daí, conceber que sua “tristeza” é “depressão” e qualifica-la como morbidade e medicá-la, é anestesiar as perdas relacionadas à sobrevivência e a reivindicações. Afirma ainda que, enquanto distúrbio neuroquímico, a depressão exime a empresa da responsabilidade de rever o conjunto de suas práticas, nos períodos de transformações, e suas consequências nos processos de subjetivação dos trabalhadores. Concebê-los então, como os mais predispostos à depressão seria, para o autor, uma estratégia de controle (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2008)

Delimitar a fronteira entre o sofrimento emocional considerado “normal”, mas que necessita de acolhimento escuta e suporte, e aquele que é já parte de um transtorno mental, ou seja, um processo patológico, com indicação de ampliação do tratamento, com inclusão de terapias medicamentosas e intervenções psicoterápicas mais especializadas não são fáceis, e na atenção primária é ainda muito mais difícil onde podemos até considerar que existe uma clínica específica dos transtornos mentais na atenção primária (CHIAVERINI, 2011).

Trata-se de um contexto tão peculiar que as tradicionais classificações nosológicas, com critérios categoriais, como afirma Chiaverini (2011), não se adaptam a essa realidade existindo classificações específicas para a saúde mental na atenção primária, tais como a Classificação Internacional de Doenças e Agravos 10ª Revisão-CID10 da Atenção Primária (CID10-AP) e International Classification of Primary Care (ICPC).

A demanda de saúde mental característica da atenção primária, segundo CHIAVERINI (2011) e WHO (2000), são os Transtornos Mentais Comuns (TMC) e estes podem e devem ser tratados pelos profissionais dessas equipes.

Segundo Moreira (2011), TMC se refere à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) e CID-10 (Classificação

Internacional de Doenças e Agravos – 10^a Revisão). Refere-se a casos que apresentam sintomas não psicóticos, como insônia, fadiga, sintomas depressivos, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que produzem incapacidade funcional comparável ou até pior do que os quadros crônicos já bem estabelecidos.

Entretanto, o diagnóstico diferencial dos “transtornos depressivos” deve ser realizado com cautela, pois dentre os transtornos psiquiátricos, os transtornos de ansiedade, obsessivo-compulsivo, de personalidade e somatoformes podem se manifestar por meio de “sintomas depressivos”, tornando o diagnóstico diferencial difícil e muitas vezes exigindo a avaliação de um psiquiatra. Além do que um diagnóstico incorreto pode fazer com a que a depressão se torne crônica, havendo piora dos sintomas e aumentando o risco de hospitalização e suicídio. (MOREIRA, 2011). Contudo, nem sempre é claro distinguir esses diagnósticos, especialmente entre os quadros psicóticos afetivos e não afetivos, até porque há várias sobreposições possíveis (CHIAVERINI, 2011)

Em relação aos “Transtornos Mentais” de um modo geral, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000) em estudo envolvendo vários países, identificou que a sua frequência durante a vida varia de 12,2% a 48,6% no mundo, dependendo do país avaliado. No Brasil, o estudo foi realizado em São Paulo, onde 17,4% dos indivíduos apresentavam ansiedade, 15,5% transtornos do humor e 16,1% usavam substância.

Em um estudo de base populacional realizado em 2002, na cidade de São Paulo, Andrade (2002) revelou que a prevalência para desenvolver qualquer tipo de transtorno psiquiátrico ao longo da vida foi de 45%, e mesmo excluindo-se a dependência de nicotina, quase 30% da população apresentará algum diagnóstico psiquiátrico ao longo da vida. Ao longo da vida a prevalência para desenvolver Transtorno do Humor foi de 15,0%, Depressão Maior 13,5%, Distímia 3,5%, Transtorno de Ansiedade Generalizada 8,2%, Dependência de Substâncias 33,0%, Dependência de Nicotina 30,0% e Dependência de Álcool 8,0%.

Em relação à prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) estudos internacionais apresentam valores variando de 24,6% a 45,3%. Os municípios

brasileiros, especificamente em populações assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) revelaram prevalência de TMC variando de 17% a 38%. O estudo de Fortes (2004), analisando a clientela atendida na ESF em 2002, no município de Petrópolis, Estado do Rio de Janeiro, confirmou também a alta prevalência de TMC, principalmente a partir de transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos.

É importante ressaltar que tais condições estão associadas a uma alta morbimortalidade: os hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas, por exemplo, estão relacionados com as principais causas de óbito no mundo (CURRAN, et al, 2003), enquanto que o transtorno depressivo é uma das principais causas de absenteísmo e comprometimento da qualidade de vida (HALFIN, 2007).

A literatura tem apontado algumas características que se associam a prevalência de TMC. Estudos transversais em nosso país evidenciaram que os TMC são mais frequentes entre as mulheres, pessoas com idade avançada, pessoas de cor negra, baixa renda e baixa escolaridade, sujeitos condicionados às zonas urbanas e submetidas a situações de estresse crônico (MARAGNO et al 2006; FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008; FIGUEIREDO et al, 2008). A maioria em uso crônico de BDZ de meia vida longa e, portanto, com maiores efeitos colaterais, por razões errôneas, com prescrições muitas vezes feitas por médicos não especialistas, com alto índice de insucesso na tentativa de interrupção do uso (NORDON, 2010).

Segundo Brunoni (2008) os transtornos psiquiátricos mais comuns são factíveis de serem tratados pelo médico clínico e deve ser incorporado na sua prática clínica diária, bem como o pronto reconhecimento de transtornos mais graves em que seja necessário o encaminhamento para um psiquiatra.

Os psicofármacos, quando bem indicados, constituem importante ferramenta no tratamento daqueles que têm indicação clara para a sua utilização e podem reconhecidamente auxiliar na melhoria o estado psíquico dos pacientes com transtornos mentais. Entretanto, seu uso indevido, pode causar mais danos que benefícios (GALLEGUILLLOS et al., 2003).

Os benzodiazepínicos, entre os psicotrópicos, são os mais prescritos no mundo e também no Brasil, em particular na atenção primária. São utilizados como terapia

adjuvante para tratar pacientes com esquizofrenia, depressão e distúrbios relacionados à abstinência alcoólica, além de seu efeito relaxante muscular e anticonvulsivante e também para tratar distúrbios da ansiedade, pelo seu efeito ansiolítico e do sono, pelo efeito sedativo (AUCHEWSKI, 2004; MENDONÇA; CARVALHO, 2005; VICENS et al., 2011).

Segundo Sebastião e Pelá (2004) o que mais induz à prescrição de benzodiazepínicos na atenção básica é uma combinação de sintomas de natureza pouco diferenciada, como preocupações excessivas, ansiedade, depressão e insônia, fadiga, taquicardia, anorexia, diminuição da libido, entre outros, que podem confundir o diagnóstico de transtorno do humor.

Outro importante indutor da prescrição dos BZD é a “troca de receitas controladas”, demanda muito comum no dia a dia das UBS e também em consultas com demandas específicas é comum a solicitação de ansiolíticos. A restrição ao fornecimento desses medicamentos, considerando que a maioria dos usuários é dependente deles, é sempre fonte de estresse e resulta infrutífera. A melhor forma de manejo é a ampliação do leque de cuidado dessas pessoas, passando por uma avaliação centrada na pessoa e por sua inserção em grupos psicossociais e de atividade física na comunidade, pois há frequente comorbidade com transtornos mentais comuns (CHIAVERINI, 2011).

Embora sejam consideradas drogas relativamente seguras e reconhecidos os seus benefícios, principalmente em curto prazo de tempo (LADER, 2011), o seu uso de longo prazo (mais de três meses) não é recomendável, pois além de perderem a sua função ansiolítica, apresentam efeitos adversos relacionados à depressão do sistema nervoso central como a diminuição da atividade cognitiva e psicomotora, quedas com possíveis fraturas e acidentes de trânsito (RAPOPORT et al, 2009; TAKKOUCHE et al, 2007), interação com outras drogas, como o álcool, e o desenvolvimento de tolerância e dependência (VICENS et al, 2011),

São discutíveis também as indicações do BZD para tratamento de doenças crônicas como insônia, ansiedade (GOLDNEY; FISHER, 2005) ou alívio sintomático de dispneias em doenças pulmonares obstrutivas crônicas ou pacientes com câncer avançado (SIMON et al, 2010).

A insônia crônica queixa extremamente comum na atenção primária, por exemplo, além de ser o mais prevalente distúrbio do sono, está diretamente associada aos transtornos psiquiátricos e tem sido um motivo frequente de prescrição equivocada de BZD. Sabidamente os BZDs são ineficazes para seu tratamento em longo prazo, pois levam a uma série de alterações da arquitetura do sono, especialmente no uso crônico, o que contraindica seu uso para este propósito (PASSOS et al, 2007).

Considerando que a maioria dos casos de ansiedade e depressão é classificada como leve não havendo necessidade de tratamento farmacológico, a indicação do uso de psicotrópicos para o tratamento de transtornos mentais deve ser analisada com cautela, sendo mais indicado acompanhamento psicológico, suporte social e mudanças cognitivo-comportamentais (MINAS GERAIS, 2006).

A capacidade do BZD gerar tolerância e dependência, segundo O'Brien (2005), pode ser perpetuada por diversos fatores, dentre eles, prescrição errônea e continuada pelo médico, aumento da dose pelo próprio paciente, necessidade psicológica da droga (os usuários imaginam que não conseguirão recuperar suas funções normais, como tranquilidade e sono contínuo, sem o uso do medicamento).

O efeito da dependência pode ser amplamente prevenido pelo médico através do uso de dosagens mínimas e por períodos de tratamento o mais curto possível e pela seleção cuidadosa do paciente, evitando prescrever esse tipo de medicamento a pacientes com história ou propensos à drogadição. A prescrição racional de benzodiazepínico deve ser encorajada e feita em condições apropriadas, com monitoramento cuidadoso, sempre objetivando estabelecer um bom vínculo com o paciente. Com esse tipo de abordagem, é possível minimizar os efeitos colaterais e evitar o desenvolvimento de dependência (LONGO; JOHNSON, 2000).

Os resultados já descritos anteriormente apontam para a importância da estruturação de formas de atendimento alternativas, incluindo não medicamentosas, e a necessidade de se capacitar as equipes da ESF para a abordagem dos problemas psicossociais na atenção primária (FORTES, 2004).

Embora o tratamento farmacológico seja o mais comumente utilizado, as terapias não farmacológicas vêm sendo amplamente estudadas, em particular as

terapias cognitivo-comportamentais, mudanças de hábitos de vida incluindo a prática regular de exercícios, técnicas para higiene do sono e de relaxamento muscular, psicoterapia, entre outros. Estas estratégias deveriam ser largamente usadas, ao invés da excessiva prescrição de psicotrópicos, que além de acarretar prejuízos para o próprio paciente, onera o sistema público de saúde, quando mal recomendado (AUCHEWSKI et al., 2004; DEMARZO, 2011; PASSOS et al., 2007)

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) reconhece o efeito positivo de algumas práticas não tradicionais na área da saúde na atenção primária e vem incentivando sua aplicação, a exemplo da Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica, do Termalismo-Crenoterapia, da Meditação (BRASIL, 2006).

Reafirma ainda que estas práticas contribuem para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, considerando o indivíduo na sua dimensão global - sem perder de vista a sua singularidade (BRASIL, 2006).

A PNPIC vem divulgando e incentivando a utilização destas práticas no âmbito da atenção básica possibilitado aos usuários do SUS o acesso a serviços que antes estavam restritos apenas a prática de cunho privado (BRASIL, 2006).

Meditação, entre os recursos não farmacológicos, vem ganhando força e aceitação nos últimos anos. A prática regular da meditação, segundo Demarzo, “pode contribuir para a prevenção e tratamento de diversas doenças e de condições clínicas, principalmente crônicas não transmissíveis pela sua capacidade de melhorar a qualidade de vida e do estado de saúde e de reduzir os níveis prejudiciais de estresse” (2011, p.9)

Na década de 70, Kabat-Zinn (1990) junto a outros colegas na Universidade de Massachusetts, Estados Unidos, iniciou estudos e aplicações da prática meditativa no Ocidente. Utilizou a técnica “Mindfulness”, conhecida em português como “Atenção Plena” ou “Mente Presente”, um tipo de meditação que consiste na tentativa de prestar atenção, intencionalmente e de maneira consciente, no momento atual, sem fazer julgamentos ou tentar modificar pensamentos, sentimentos ou sensações.

Utilizando-a inicialmente para o tratamento de doenças crônicas e posteriormente para alguns transtornos de ansiedade. Chegando a desenvolver em 1979 um programa de redução de estresse, conhecido como Programa de Redução de Estresse Baseado em Mindfulness, o MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction).

O intuito do programa Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) é auxiliar pessoas a lidarem melhor com as situações geradoras de estresse e depressão, problemas cardíacos, gastrointestinais, dermatológicos e hipertensão arterial. O programa, oferecido por instituições distribuídas pelo mundo, consiste em apresentar aos participantes, durante 8 semanas, práticas que visam transformar a maneira que as pessoas convivem com outras pessoas, melhorar a qualidade dos relacionamentos, criar circunstâncias voltadas à felicidade sustentável, aperfeiçoar o desempenho individual, treinar a atenção, propiciar autoconhecimento e autocontrole, bem como favorecer a aparição de hábitos mentais mais saudáveis por meio da meditação mindfulness, yoga mindful e a condicionamento corporal, também denominado “escaneamento” corporal. Tais habilidades são desenvolvidas, ao longo do treinamento (encontros semanais de 2 horas e meia) e também se estimula o praticante a exercitar sua mente diariamente, seja no seu domicílio ou outro lugar de preferência com exercícios que beneficiem a comunicação e a percepção do dia a dia (VORKAPIC; RANGÈ, 2013; KABAT-ZINN, 1990; 2003).

Considerando que o primeiro contato da população com algum tipo de transtorno mental ou em risco de desenvolvê-lo se dá na atenção básica, e os médicos clínicos os principais responsáveis pela identificação, triagem, tratamento e encaminhamento de grande parte dos pacientes portadores de transtornos psiquiátricos, além dos maiores responsáveis pela prescrição e pelo prolongado uso dos psicotrópicos, mudanças são necessárias e urgentes para que as unidades de atenção básica sejam realmente parte efetiva e central da assistência em Saúde Mental conforme preconizado na Reforma Sanitária Brasileira.

Neste sentido, não apenas o médico, mas toda a equipe deve estar e se sentir capaz para atender as pessoas em sofrimento psíquico, trabalhando de forma integrada com toda a rede possível de apoio, incluindo o CAPS (Centro de Atenção Psico Social), o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), o CCC (Centro de

Convivência e Cultura), as comunidades organizadas, os líderes comunitários, e em especial, os familiares do doente mental.

Considerando também os inúmeros e variados motivos para o abuso de psicotrópicos já descritos anteriormente, fica evidente que terá maior impacto atuar nas causas ao invés de “medicalizar” os sintomas. Acreditamos assim, que as atividades voltadas para a mudança de hábitos nocivos, como abuso de álcool e drogas, apoio à reestruturação de famílias disfuncionais, esclarecimentos sobre seu transtorno mental e o uso de psicotrópicos sejam mais significativas que o uso isolado de terapias farmacológicas além de melhorar também a qualidade de vida dos pacientes dependentes de psicotrópicos.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1. Primeiro Passo – Identificação dos Problemas

A identificação dos problemas da comunidade é essencial para o trabalho na atenção primária em saúde e o diagnóstico situacional é uma importante ferramenta para identificação dos mesmos.

Este diagnóstico deve ser realizado em conjunto com a comunidade para uma melhor compreensão das características socioeconômicas, religiosas, culturais e ambientais da área de abrangência possibilitando uma melhor identificação das reais necessidades da população.

A identificação dos problemas da comunidade tem o objetivo de promover ações para se obter mudanças benéficas e necessariamente requer uma avaliação prévia das pessoas e do meio ambiente no qual elas estão inseridas. A participação da comunidade favorece uma maior colaboração da população nos planos de intervenção comunitária.

Para o levantamento dos problemas da área de abrangência da UBSF Morumbi V os dados foram obtidos da observação da comunidade, das entrevistas na comunidade com as pessoas líderes formal e não formal, das entrevistas com os profissionais da equipe de saúde, da vivência clínica, além do levantamento dos registros existentes.

Para realizar o Diagnóstico Situacional na área da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Morumbi V utilizou-se o método da Estimativa Rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os dados levantados foram obtidos da observação da comunidade, das entrevistas na comunidade com as pessoas líderes formal e não formal, das entrevistas com os profissionais da equipe de saúde, da vivência clínica, além do levantamento dos registros existentes.

Os problemas identificados em toda área de abrangência da UBSF Morumbi V, foram:

- Problemas de saúde ambiental
- Alta prevalência de enfermidades cardiovasculares

- Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos
- Aumento de incidência de câncer

1.1. Segundo passo – Priorização dos problemas

Depois de identificados os problemas a equipe priorizou os principais problemas considerando sua “relevância”, sua “urgência” e sua “possibilidade de enfrentamento” pela equipe e comunidade, apresentando-os em ordem decrescente de prioridade:

- 1º - Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos
- 2º - Alta prevalência de enfermidades cardiovasculares
- 3º - Aumento de incidência de câncer
- 4º - Problemas de saúde ambiental

Em toda área de abrangência da UBSF Morumbi V existe um grande número de pacientes com problemas de saúde mental, predominando a ansiedade, depressão, esquizofrenia e transtorno de pânico estando em sua maioria em uso crônico de psicofármacos sem o devido acompanhamento.

O problema priorizado para a elaboração de um plano de ação para a busca de soluções foi “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V, no município de Uberlândia/MG.

1.2. Terceiro passo – descrição do problema

Apesar de não existirem dados estatísticos disponíveis sobre o uso de psicotrópicos na Unidade de Saúde, a equipe foi unânime na identificação da existência de um grande número de pacientes com transtornos mentais e da elevada procura de pacientes em uso crônico do medicamento para “renovação de receitas” sem a devida reavaliação, sugerindo um uso abusivo de psicofármacos.

Entre os transtornos mentais identificou-se uma maior prevalência de ansiedade, depressão, esquizofrenia e transtorno do pânico.

1.3. Quarto passo – explicação do problema

Analisando mais profundamente o problema, identificou-se que os transtornos mentais e o uso abusivo de psicotrópicos apresentam inter-relação com diversos que afetam o indivíduo, a família e a comunidade, incluindo:

- 1- Pressão social, incluindo a violência.
- 2- Problemas econômicos, incluindo o desemprego.
- 3- Hábitos e estilos de vida inadequados como o alcoolismo e a droga dicção.
- 4- Família disfuncional.
- 5- Desconhecimento e falta de informação em relação à doença e o uso de psicofármacos.

Em geral os transtornos mentais têm uma evolução crônica com eventos recorrentes, sendo muito frequente na atenção básica e quase sempre associados com comprometimento da saúde física e muita utilização dos serviços de saúde.

Um dos maiores desafios para o médico clínico é justamente uma condução adequada para a diminuição da comorbidade causada por essa condição e para reduzir uso indevido de psicofármacos, hospitalizações desnecessárias e taxas de suicídio.

Além disso, em se tratando de transtornos mentais, deve-se ir além do cuidado aos doentes, buscando atuar antecipadamente, seja prevenindo o aparecimento destas doenças ou mesmo promovendo a saúde.

1.4. Quinto passo: seleção dos "nos críticos".

Analisando as várias causas relacionadas ao problema selecionaram-se aquelas consideradas mais importantes na origem do problema e que apresentaram capacidade de enfrentamento.

Os “nós críticos” selecionados para o enfrentamento do problema “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” foram:

1- **Desconhecimento e falta de informação** em relação a doença mental e o uso de psicofármacos: dificulta a adesão do paciente ao tratamento adequado.

2- **Hábitos e estilos de vida** inadequados: o alcoolismo e a dependência de drogas causam instabilidade nos pacientes e em seus familiares.

3- **Famílias disfuncionais**: problemas familiares afetam todos os membros da família provocando ou agravando os transtornos mentais.

4- **Pressão social**: vários fatores como violência, por exemplo, geram estresse causando ou agravando os transtornos mentais.

1.5. Sexto passo: desenho das operações

Para o enfrentamento dos “nós críticos” relacionados a “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” na UBSF Morumbi V a equipe propôs um desenho de operações descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V em Uberlândia-MG em 2015.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Desconhecimento sobre a Doença Mental e o uso de psicofármacos: dificulta a adesão do paciente a um tratamento adequado.	Mais Conhecimento: Oferecer informação e esclarecimento sobre a Doença Mental (seus determinantes, prevenção, complicações, tratamentos possíveis, comorbidades).	Pacientes com melhor conhecimento sobre suas condições de saúde favorecendo a redução do estresse e promovendo a corresponsabilidade do cuidado pelo indivíduo e pela família.	Avaliação do nível de informação dos pacientes Grupo Operativo em Saúde mental. Maior adesão ao tratamento.	<u>Organizacional:</u> estrutura física, recursos humanos, equipamentos (datashow, cartaz, folhetos, etc), disponibilizar agenda <u>Político:</u> mobilização da população e articulação com a rede de saúde mental. <u>Cognitivo:</u> conhecimento sobre o tema. <u>Financeiro:</u> aquisição de folhetos educativos e outros recursos audiovisuais.

<p>Hábitos e estilos de vida inadequados: o abuso de álcool e drogas causam instabilidade nos pacientes e em seus familiares.</p>	<p>Mais Vida:</p> <p>Promover hábitos e estilos de vida saudáveis.</p>	<p>Melhorar o conhecimento da população sobre as consequências do abuso de bebidas alcoólicas e droga dicção.</p> <p>Divulgar e incentivar a utilização das redes de apoio disponíveis para a superação do vício.</p>	<p>Grupos de apoio para abandono do vício.</p> <p>Capacitação da equipe, incluindo os ACS e líderes formais e informais.</p>	<p><u>Organizacional:</u> estrutura física, recursos humanos, equipamentos (datashow, cartaz, folhetos, etc), disponibilizar agenda</p> <p><u>Cognitivo:</u> elaboração de programa de capacitação para os profissionais da saúde e apoio comunitário</p> <p><u>Político:</u> mobilização da população e articulação intersetorial e com as redes de apoio (presidência dos AA e AD, CRAS, CREAS) para expansão do projeto.</p> <p><u>Financeiro:</u> aquisição de folhetos educativos e outros recursos materiais necessários.</p>
<p>Famílias disfuncionais: problemas familiares afetam todos os membros da família provocando ou agravando os transtornos mentais..</p>	<p>Família Unida:</p> <p>Disponibilizar e preparar a equipe para identificar as famílias disfuncionais dos pacientes com depressão, ansiedade, estresse e estilos de vida inadequados.</p> <p>Oferecer informação e apoio para incentivar a união familiar e evitar o consumo de álcool e outras drogas e de</p>	<p>Cobertura de 100% dos pacientes com depressão, ansiedade, estresse e estilos de vida inadequados em famílias disfuncionais em atendimento médico especializado, grupos operativos e grupo de meditação.</p>	<p>Implantar Linha de Cuidado para estes pacientes com utilização de instrumentos de abordagem familiar pela equipe multidisciplinar.</p> <p>Protocolos implantados.</p> <p>Recursos humanos capacitados.</p> <p>Desenvolvimento de grupos de apoio às</p>	<p><u>Organizacional:</u> adequação de fluxos (referência e contra referência)</p> <p><u>Cognitivo:</u> elaboração do projeto de Linha de Cuidado e Protocolos; treinamento de profissionais para o uso de instrumentos de abordagem familiar.</p> <p><u>Político:</u> articulação dos setores da saúde.</p> <p><u>Financeiro:</u> disponibilizar mais consultas especializadas; outros recursos necessários para a estruturação do serviço de custeio e equipamentos).</p>

	outras formas de estresse.		famílias disfuncionais.	
Pressão social: vários fatores como violência, por exemplo, geram estresse causando ou agravando os transtornos mentais.	Atenção Plena: Aumentar os conhecimentos dos pacientes e dos profissionais da saúde sobre como melhorar seu estado emocional, reduzindo o estresse e sem necessidade de medicamentos	Pacientes com mais conhecimento e autonomia para controle do estresse e redução ou suspensão de uso dos psicotrópicos. Diminuir a Ansiedade e o stress dos pacientes e profissionais da saúde.	Avaliação do nível de informação dos pacientes. Grupo de Meditação (mindfulness)	<u>Organizacional:</u> estrutura física; recursos humanos; cooptação dos facilitadores para as oficinas de meditação; formação dos grupos. <u>Cognitivo:</u> informações sobre meditação e capacitação do pessoal encarregado das atividades <u>Político:</u> apoio da PICS e da UFU; mobilização dos profissionais e da população; articulação intersetorial. <u>Financeiro:</u> aquisição do espaço e dos recursos materiais necessários.

Fonte: Autoria própria, 2015

1.6. Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

A identificação dos recursos críticos, ou seja, aqueles indispensáveis para execução da operação e que não estão disponíveis para o enfrentamento do problema “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” estão detalhados no Quadro 3.

Quadro 3 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema: “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V em Uberlândia-MG em 2015.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Mais Conhecimento:	<u>Político:</u> mobilização da população e articulação com a rede de saúde mental.
Mais Vida:	<u>Político:</u> mobilização da população e articulação intersetorial e com as redes de apoio (presidência dos AA e AD, CRAS, CREAS)

	para concretização do projeto.
Família Unida :	<u>Político</u> : articulação dos setores da saúde. <u>Financeiro</u> : disponibilizar mais consultas especializadas; outros recursos necessários para a estruturação do serviço de custeio e equipamentos).
Atenção Plena :	<u>Político</u> : apoio da PICS e da UFU; mobilização dos profissionais e da população; articulação intersetorial. <u>Financeiro</u> : aquisição do espaço e dos recursos materiais necessários.

Fonte: Autoria própria, 2015

1.7. Oitavo passo: análise de viabilidade

Para a execução do plano é necessário analisar sua viabilidade identificando os atores que controlam recursos críticos, avaliando a motivação dos atores em relação aos objetivos pretendidos e apresentando proposições para motivá-los. Neste sentido, considera-se que um ator é “favorável” quando concorda em colocar o recurso crítico à disposição para o ator que está planejando, “indiferente” quando ainda não está claro se fará oposição ou não à utilização do recurso e “contrária” quando manifesta oposição ativa à utilização do recurso. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A seguir apresenta-se no Quadro 4 o desenho das ações para motivação dos atores e viabilização das operações.

Quadro 4. Desenho das ações para motivação dos atores e viabilização das operações para os “recursos críticos” do problema: “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V em Uberlândia-MG em 2015.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
Mais Conhecimento:	<u>Político</u> : mobilização da população e articulação com a rede de saúde mental.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto e buscar apoio das instituições e dos profissionais.
Mais Vida:	<u>Político</u> : mobilização da	Secretaria	Favorável	Apresentar o

	população e articulação intersetorial e com as redes de apoio (presidência dos AA e AD, CRAS, CREAS) para concretização do projeto.	Municipal de Saúde Associação de Bairro; ONGs, Centro Profissionalizante; AA e AD, CRAS, CREAS;	Indiferente	projeto e buscar apoio das instituições
Família Unida :	<u>Político</u> : articulação dos setores da saúde. <u>Financeiro</u> : disponibilizar mais consultas especializadas; outros recursos necessários para a estruturação do serviço de custeio e equipamentos).	Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Assistência Social, Associação Bairro.	Indiferente	Apresentar o projeto e buscar apoio, em especial da Casa da Família/ CRAS
Atenção Plena :	<u>Político</u> : apoio da PICS e da UFU; mobilização dos profissionais e da população; articulação intersetorial. <u>Financeiro</u> : aquisição do espaço e dos recursos materiais necessários.	Secretaria Municipal de Saúde; PICS; UFU.	Favoráveis	Apresentar o projeto e buscar apoio.

Fonte: Autoria própria, 2015

1.8. Nono passo: elaboração do plano operativo

A definição dos prazos para a execução das ações e os responsáveis por acompanhar cada uma das operações é uma etapa importante para que o plano tenha sucesso. A seguir (Quadro 5) estão descritas as ações com seus respectivos responsáveis e os prazos para a execução.

Quadro 5. Plano operativo o enfrentamento do problema: “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V em Uberlândia-MG em 2015.

Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsável	Prazos
----------------------	----------------------	--------------------	--------------------	-------------	--------

<p>Mais Conhecimento:</p> <p>Oferecer informação e esclarecimento sobre a Doença Mental (seus determinantes, prevenção, complicações, tratamentos possíveis, comorbidades).</p>	<p>Pacientes com melhor conhecimento sobre suas condições de saúde favorecendo a redução do estresse e promovendo a corresponsabilidade do cuidado pelo indivíduo e pela família.</p>	<p>Avaliação do nível de informação dos pacientes</p> <p>Grupo Operativo em Saúde mental.</p> <p>Maior adesão ao tratamento.</p>	<p>Apresentar o projeto e buscar apoio das instituições e dos profissionais.</p>	<p>psicólogo médica</p>	<p>3 meses</p>
<p>Mais Vida:</p> <p>Promover hábitos e estilos de vida saudáveis.</p>	<p>Melhorar o conhecimento da população sobre as consequências do abuso de bebidas alcoólicas e droga dicção.</p> <p>Divulgar e incentivar a utilização das redes de apoio disponíveis para a superação do vício.</p>	<p>Grupos de apoio para abandono do vício.</p> <p>Capacitação da equipe, incluindo os ACS e líderes formais e informais.</p>	<p>Apresentar o projeto e buscar apoio das instituições</p>	<p>enfermeira psicólogo</p>	<p>4 meses</p>
<p>Família Unida:</p> <p>Disponibilizar e preparar a equipe para identificar as famílias disfuncionais dos pacientes com depressão, ansiedade, estresse e estilos de vida inadequados.</p> <p>Oferecer informação e apoio para incentivar a união familiar e evitar o consumo de álcool e outras</p>	<p>Cobertura de 100% dos pacientes com depressão, ansiedade, estresse e estilos de vida inadequados em famílias disfuncionais em atendimento médico especializado, grupos operativos e grupo de meditação.</p>	<p>Implantar Linha de Cuidado para estes pacientes com utilização de instrumentos de abordagem familiar pela equipe multidisciplinar.</p> <p>Protocolos implantados.</p> <p>Recursos humanos capacitados.</p> <p>Desenvolvimento de grupos de apoio às famílias disfuncionais.</p>	<p>Apresentar o projeto e buscar apoio, em especial da Casa da Família/ CRAS</p>	<p>enfermeira médica</p>	<p>3 a 4 meses</p>

drogas e de outras formas de estresse.					
Atenção Plena: Aumentar os conhecimentos dos pacientes e dos profissionais da saúde sobre como melhorar seu estado emocional, reduzindo o estresse e sem necessidade de medicamentos.	Pacientes com mais conhecimento e autonomia para controle do estresse e redução ou suspensão de uso dos psicotrópicos. Diminuir a Ansiedade e o stress dos pacientes e profissionais da saúde.	Avaliação do nível de informação dos pacientes. Grupo de Meditação (mindfulness)	Apresentar o projeto e buscar apoio.	médica psicólogo	2 meses

Fonte: Autoria própria, 2015

1.9. Decimo passo: gestão do plano

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), coordenar e acompanhar a execução das operações é um processo indispensável para que se possa buscar uma eficiente utilização dos recursos, promover uma efetiva comunicação entre os planejadores e executores, sugerindo as correções de rumo que se fizerem necessária, tornando-se, portanto, uma etapa crucial para o sucesso do processo de planejamento e não deve ser negligenciada.

O plano de ação proposto está em construção e ainda não iniciou sua execução, contudo para contemplar esta importante etapa de gestão do plano temos a planilha que será utilizada para acompanhamento da execução das operações no Quadro 6.

Quadro 6. Gestão do plano das ações para o enfrentamento do problema: “Alta prevalência de transtornos mentais com uso abusivo de psicofármacos” na população adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Morumbi V em Uberlândia-MG em 2015.

Mais Conhecimento: Oferecer informação e esclarecimento sobre a Doença Mental (seus determinantes, prevenção, complicações, tratamentos possíveis, comorbidades).					
Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
Avaliação do	psicólogo	3 meses			

nível de informação dos pacientes	médica				
Grupo Operativo em Saúde mental.					
Maior adesão ao tratamento.					
Mais Vida: Promover hábitos e estilos de vida saudáveis.					
Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
Grupos de apoio para abandono do vício. Capacitação da equipe, incluindo os ACS e líderes formais e informais.	enfermeira psicólogo	4 meses			
Família Unida: Disponibilizar e preparar a equipe para identificar as famílias disfuncionais dos pacientes com depressão, ansiedade, estresse e estilos de vida inadequados; Oferecer informação e apoio para incentivar a união familiar e evitar o consumo de álcool e outras drogas e de outras formas de estresse.					
Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
Implantar Linha de Cuidado para estes pacientes com utilização de instrumentos de abordagem familiar pela equipe multidisciplinar. Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados. Desenvolvimento de grupos de apoio às famílias disfuncionais.	enfermeira médica	3 a 4 meses			

Atenção Plena: Aumentar os conhecimentos dos pacientes e dos profissionais da saúde sobre como melhorar seu estado emocional, reduzindo o estresse e sem necessidade de medicamentos.					
Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
Avaliação do nível de informação dos pacientes. Grupo de Meditação (mindfulness)	médica psicólogo	2 meses			

Fonte: Autoria própria, 2015

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Planejamento Estratégico Situacional se mostrou uma ótima ferramenta para junto com a comunidade conhecer o território e identificar os problemas.

A equipe da UBSF Morumbi V espera que a implantação deste plano de intervenção possibilite além de aprofundar ainda mais o conhecimento sobre os fatores que influenciam o uso de psicotrópicos em nossa área de atuação, melhore a abordagem dos pacientes com transtornos mentais, esclarecendo a população sobre o transtorno mental e quanto ao uso de psicofármacos e de outras drogas; que desenvolvam hábitos e estilos de vida mais saudáveis e que as famílias disfuncionais consigam se reestruturar e se integrar melhor à comunidade; que possam ter acesso a terapêuticas não medicamentosas.

Merece ser ressaltado que as propostas focaram no estímulo da autonomia do sujeito, seja em relação ao autocuidado consciente, como também na prática da meditação (mindfulness), apresentando uma robusta ferramenta para o controle do estresse, desmistificando as barreiras para seu exercício e capacitando o indivíduo para a autonomia da sua prática.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. V. 37,n.7, p.316-25, 2002.

AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, n. 1, pp. 24-31, 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbp/v26n1/a08v26n1.pdf Acesso em: 05 dez. 2015.

BRANT, L. **O processo de transformação do sofrimento em adoecimento na gestão do trabalho**. 2004. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2004

BRANT, L.C.; MINAYO-GOMEZ, C. Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. **Interface-Comunicação Saúde Educação**. v.12, n.26, p.667-76, jul./set. 2008.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br> Acesso em 20 fev. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Censo2010**. Brasília [online], 2015a. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/pt/> > Acesso em 23 jul. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília [online], 2015b. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> > Acesso em 23 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde - Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES**. 2015c. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br> > Acesso em: 10 mai. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Circular Conjunta nº 01/03 de 13/11/2003. P.1-7. 2003. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>> Acesso em: 24 jul 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRUNONI, A.R. Transtornos mentais comuns na prática clínica. **Rev Med** (São Paulo). v.87, n.4, p.:251-63, out.-dez. 2008.

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

CHIAVERINI, D.H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental/** [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 235 p, 2011.

CURRAN, H.V. et al. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. **Psychol Med.** v.33, p.122-337, 2003.

DEMARZO, M.M.P. **Meditação aplicada à saúde**. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade.1 ed. Porto Alegre-RS: Artmed Panamericana Editora, 2011, v.6, pp. 1-18.

FIGUEIREDO, M.F.S.; NETO, F.R.; FARIA, A.A.S.; FAGUNDES, M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional. **Jornal Bras Psiqui** , ???? 2008.

FONSECA, M.L.G.; GUIMARÃES, M.B.L.; VASCONCELOS, E.M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista Atenção Primária a Saúde**. v.11, n.3, p. 285-294, 2008.

FORTES, S. Estudo da Demanda de Transtornos Mentais em Unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Petrópolis (RJ). [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.

GALLEGUILLOS, T.; et al. Tendencia del uso de benzodiazepinas em una muestra de consultantes em atención primaria. **Revista Médica Chile**, v.131, n.5, p. 535-540, maio, 2003.

GOLDNEY, R.D.; FISHER, L.J. Use of prescribed medications in a South Australian community sample. **Med J Aust**, v. 183, p. 251-253, 2005..

HALFIN, A. Depression: the benefits of early and appropriate treatment. **Am J Manag Care**. v.13, n.4 (Suppl), p.92-97, 2007.

KABAT-ZINN, J. **Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness**. Estados Unidos: Bantam Dell, 1990. 471 p.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). **Construct Hum Sci**. v.8, pp.73-107, 2003.

LADER, M. Benzodiazepines revisited--will we ever learn? **Addiction**. v.106, p. 2086-2109, 2011.

LONGO, L.P.; JOHNSON, P. Benzodiazepines - Side Effects, Abuse Risk and Alternatives. **American Family Physician**. v.61,n.7, abr 2000.

MARAGNO, L et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Púb.** Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1639-1648, ago 2006.

MENDONÇA, R.T.; CARVALHO, A.C.D. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** v.13 (número especial), p. 1207-1212, 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Linha Guia. Atenção em Saúde Mental**, 2 ed. Belo Horizonte, 238p., 2006.

MOREIRA, J.K. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da família. **J Bras Psiquiatr** v.60, n.3, p.221-226, 2011.

NORDON, D.G. et al. Características da população que usa benzodiazepínicos em Unidade Básica de Saúde da Vila Barão de Sorocaba. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.** v. 12, n. 2, pp. 14-20, 2010.

O'BRIEN, C.P. Benzodiazepine use, abuse, and dependence. **J Clin Psychiatry.** v. 66, n.2 (Suppl), p.28-33, 2005.

PASSOS, G.S. et al. Tratamento não farmacológico para a insônia crônica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.29, n.3, São Paulo, p. 279-282, Sept. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n3/2411.pdf> Acesso em: 14 fev. 2016.

RAPOPORT, M.J. et al. Benzodiazepine use and driving: a metaanalysis. **J Clin Psychiatry.** v.70, n.5, p. 663-673, 2009.

SEBASTIAO, E.C.O; PELÁ, I.R. Consumo de Psicotrópicos: análise das prescrições ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos, **Seguim farmacoter**, v.2, n.4, p 250-266, 2004.

SIMON, S.T. et al. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. **Cochrane Database Syst Rev** v. 1, 2010.

TAKKOUCHE, B. et al. Psychotropic medications and the risk of fracture: a metaanalysis. **Drug Saf.** v.30, p.171-184, 2007.

TESAR, G.E. Should primary care physicians screen for depression? **Cleve Clin J Med.** v.70, n.6, p. 488-90, 2003.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Banco de Dados Integrados de Uberlândia (BDI) 2015.** Uberlândia, 2015a, v.1, 65 p.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Banco de Dados Integrados de Uberlândia (BDI) 2015**. Uberlândia, 2015b, v.3, 74 p.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Caderno Informativo: Políticas Públicas Sociais Setoriais da Rede do Município de Uberlândia**. Uberlândia, 2015c, 201 p.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano-SEPLAN. **Áreas de Abrangência 2015**. Uberlândia, 2015d, 20 p.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde-SMS. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Uberlândia, 2013, 98 p.

VICENS, C. et al. Comparative efficacy of two primary care interventions to assist withdrawal from long term benzodiazepine use: A protocol for a clustered, randomized clinical trial. **BMC Family Practice**. p.1-7, 2011.

VORKAPIC, C.F.; RANGÈ, B. **Mindfulness, meditação, yoga e técnicas contemplativas: um guia de aplicações e de prática pessoal para profissionais de saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva, 108 p., 2013.

World Health Organization - WHO. The WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. **Bul World Health Organ**, v.78, p.413-26, 2000.