

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

YUDISEL DE LA TERJERA LOZADA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAÇÕES NOS PADRÕES DE
CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

POLO UBERLÂNDIA – MG

2016

YUDISEL DE LA TERJERA LOZADA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAÇÕES NOS PADRÕES DE
CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

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

POLO UBERLÂNDIA – MG

2016

YUDISEL DE LA TERJERA LOZADA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAÇÕES NOS PADRÕES DE
CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS NO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

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 31 de Outubro de 2016.

RIMAS DE LA PRESCRIPCIÓN PRUDENTE

La solución del paciente
no siempre es la pastilla.
Cambiar hábitos, a veces,
es todo lo que precisa.
Elige siempre tratar
la causa, si la conoces,
pues si a por síntomas vas,
el abordaje es muy pobre.
No hay un mejor abordaje
de cualquier enfermedad
que prevenir que te alcance
y no tener que tratar.
La prisa es mal consejera,
poco amiga del paciente.
Muchos síntomas, si esperas,
se aclaran, desaparecen...
Cuando un paciente te pida
según qué medicamento,
deberás ser quien le diga
“yo no te lo recomiendo”.
Si el paciente tiene dudas
al tomar la medicina,
infórmale y le ayudas...
mas respeta lo que diga.
Busca siempre nuevas formas
y ayudas al prescribir,
innova, aporta mejoras...
todo comienza por ti.

(Fernando Fabiani)

RESUMO

O fenômeno da medicalização cada vez mais se torna objeto de estudo e tratamento em medicina, alcançando proporções extraordinárias no terreno da saúde mental. Na decisão de se usar um psicofármaco, é preciso ponderar se a relação risco-benefício da droga justifica seu emprego e se outros recursos foram devidamente explorados. O presente trabalho trata-se da elaboração de um Projeto de Intervenção (PI) com o objetivo de diminuir o alto consumo de psicofármacos pela população da área de uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de Uberlândia/MG. Para elaboração deste PI utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário. O PI proposto contemplou ações de promoção à saúde e prevenção de agravos em seus diversos níveis de atuação, com destaque para a prevenção quaternária. Foram propostas as operações: "Vida Saudável", "Menos remédios", "Cuidar Melhor" e "Rede Unida". Com a implantação deste plano de ação a equipe da UBSF espera diminuir o consumo de psicofármacos na sua área de atuação. Como estratégia de ação procurou-se não apenas focar no controle e diminuição do uso de psicotrópicos, mas desenvolver uma linha de cuidado mais abrangente, corresponsabilizando usuários e profissionais da saúde na gestão do cuidado e apresentando terapêuticas não medicamentosas que contribuem não apenas para o transtorno mental como também para a melhoria da qualidade de vida de uma forma geral. Merece destaque a iniciativa da proposição de introduzir a meditação (Atenção Plena) como potente ferramenta para o controle do estresse, desmistificando as barreiras para seu exercício e capacitando o indivíduo para a autonomia da sua prática.

Palavras chave: Saúde Mental; Prevenção Quaternária; Meditação.

ABSTRACT

The phenomenon of medicalization increasingly becomes an object of study and treatment in medicine, reaching extraordinary proportions in the mental health field. The decision to use a psychotropic drug, we need to consider whether the risk-benefit ratio of the drug justifies their use and other resources were properly exploited. This study it is drawing up an Intervention Project (IP) in order to reduce the high consumption of psychotropic drugs by the population of the area of a Family Health Unit in Uberlandia/MG. To prepare this IP was used the method of Situational Strategic Planning (SSP), through which, after processing the problems identified in the situational diagnosis of the team's coverage area was elaborated an action plan for intervention on the issue identified as a priority . The proposed IP contemplated promotion activities to health and disease prevention at its various levels of performance, highlighting the Quaternary prevention. Operations were proposed: "Healthy Life", "Less drugs," "Best Care" and "United Network". With the implementation of this action plan the team BFHU expected to decrease the consumption of psychotropic drugs in their area. As action strategy sought to not only focus on the control and reduction of the use of psychotropic drugs, but develop a more comprehensive care line, "co"responsible users and health professionals in care management and presenting non-drug therapies that not only contribute to the disorder mental and also to improve the general quality of life. Noteworthy is the initiative of proposing to introduce meditation (mindfulness) as a powerful tool for stress management, demystifying the barriers to exercise and empowering the individual to the autonomy of their practice.

Keywords: Mental Health; Quaternary Prevention; Meditation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AACD** - Associação de Assistência a Criança Deficiente
- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- APAE** - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
- APS** - Atenção Primária em Saúde
- BIREME** - Biblioteca Regional de Medicina
- BVS** - Biblioteca Virtual da Saúde
- CAPS** - Centro de Atenção Psico Social
- CAD** - Centro de Atenção ao Diabético
- CEMEM** - Centro de Medicina Nuclear
- CEREM** - Centro de Reabilitação Municipal
- CEREST** - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CMSU** - Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia
- 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
- CREDESH** - Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária e Hanseníase
- CTCR** - Centro de Tratamento Cálculo Renal
- DMAE** - Departamento Municipal de Água e Esgoto
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- HC-UFU** - Hospital de Clínicas-Universidade Federal de Uberlândia
- HOBC** - Hospital de Olhos do Brasil Central
- IBGE** - Instituto de Geografia e Estatística
- 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
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PES** - Planejamento Estratégico Situacional
- PICS** - Práticas Integrativas e Complementares

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PMU - Prefeitura Municipal de Uberlândia
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Redes de Atenção à Saúde
SCIELO - Scientific Electronic Library Online
SIS-REG - Sistema de Regulação de Vagas
SEPLAN - Secretaria de Planejamento
SUS - Sistema Único de Saúde
UAI - Unidade de Atendimento Integradado
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família
UNESCO - Organização das Nações Unidas
UFU - Universidade Federal de Uberlândia
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição territorial dos distritos do município de Uberlândia/MG – 2015	15
Figura 2 - Distribuição territorial dos setores sanitários da sede do município de Uberlândia-MG em 2015.	15
Figura 3 - Áreas de abrangência para atendimento em Atenção Básica no Setor Oeste de Uberlândia/MG em 2015.	22

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição da população da área de abrangência da UBSF Jardim Europa II segundo faixa etária - Uberlândia/MG -2015.23
- Tabela 2** - Alguns indicadores de cobertura referente a área de atuação da UBSF Jardim Europa II - Uberlândia/MG - 2000 e 2010.24

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição da agenda de atendimentos oferecidos na UBSF Jardim Europa II em Uberlândia/MG em 2015.	29
Quadro 2 – Características que facilitam a prevenção quaternária na prática cotidiana na Atenção Primária.....	39
Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da área de atuação da UBSF Jardim Europa II - Uberlândia/MG no ano de 2015.....	46
Quadro 4 - Desenho das operações para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema “Alto consumo de psicotrópicos” na área de atuação da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II em Uberlândia-MG em 2015.	49
Quadro 5 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do “Alto consumo de psicotrópicos” na área de atuação da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II em Uberlândia-MG em 2015.	55
Quadro 6 - Propostas de ações para motivação dos atores e viabilização das operações para os “recursos críticos” do problema “Alto consumo de psicotrópicos” na área de atuação da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II em Uberlândia-MG em 2015.	56
Quadro 7 - Plano Operativo para o enfrentamento do problema “Alto consumo de psicotrópicos” na área de atuação da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II em Uberlândia-MG em 2015.	58
Quadro 8 - Gestão do plano das ações para o enfrentamento do problema “Alto consumo de psicotrópicos” na área de atuação da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II em Uberlândia-MG em 2015.	60

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Identificação e histórico do município.	13
1.2. Descrição do município	14
1.3. Sistema local de saúde	18
1.4. Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II.....	21
2. JUSTIFICATIVA	30
3. OBJETIVOS	31
4. METODOLOGIA	32
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	34
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	45
6.1. Identificação dos problemas	45
6.2. Priorização dos problemas	45
6.3. Descrição do problema selecionado	46
6.4. Explicação do problema	47
6.5. Seleção dos “nós críticos”	48
6.6. Desenho das operações	49
6.7. Identificação dos recursos críticos	54
6.8. Análise de viabilidade do plano	55
6.9. Elaboração do plano operativo	58
6.10. Gestão do plano	60
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	64

1. INTRODUÇÃO

No Brasil os Transtornos Mentais ou sintomas psicológicos são comuns na população geral e demandam com frequência os cuidados na Atenção Básica. Porém a grande maioria já traz a prescrição de psicotrópicos procurando a unidade de saúde para renovação de receitas onde a constatação do uso abusivo destas substâncias não é incomum, com prescrição inadequada, uso prolongado, automedicação, ente outros motivos (BASQUEROTE, 2012; CARVALHO, 2006).

Esta realidade não é diferente para o município de Uberlândia/MG na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jardim Europa II, onde os problemas de Saúde Mental apresentam uma elevada prevalência e apesar de não estar disponíveis dados estatísticos do uso de psicotrópicos nessa Unidade de Saúde, pela vivência clínica e nos relatos da equipe identificou-se que existe um grande número de pacientes com transtornos mentais predominando a ansiedade, a depressão e uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas, ocorrendo também casos de transtorno bipolar, transtorno do pânico e insônia. A elevada procura de pacientes para “renovação de receitas” em uso crônico do medicamento indica uma alta prevalência de pacientes em uso de drogas psicotrópicas, com elevada dependência às mesmas.

A grande demanda de pacientes usuários crônicos de psicotrópicos tem sido 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

Uberlândia é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, região Sudeste do país. A cidade localiza-se no Triângulo Mineiro e também pertence à Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e à microrregião de mesmo nome. Localiza-se a oeste da capital do estado, distando desta cerca de 556 quilômetros (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015a).

Nomeado em 2013, Gilmar Alves Machado é o atual prefeito do município. O

Secretario municipal de Saúde é Dario Rodrigues dos Passos, a Coordenadora de Atenção básica Elisa Toffoli Rodrigues e o Coordenador de saúde Bucal Cássio Alves (UBERLÂNDIA, 2015a).

Nos tempos da colônia, esta área do Triângulo, também conhecida como Sertão da Farinha Podre, esteve intrinsecamente ligada ao ciclo do ouro no Brasil se configurando como fornecedora marginal de metais e ponto de apoio aos núcleos minerários do Centro-Oeste, suprindo-os, também, de gêneros alimentícios. Com a queda da mineração o governo procurou incentivar o povoamento destas áreas e motivadas pelas concessões de terras, em 1817 começaram a chegar as primeiras famílias de posseiros: os irmãos Caetano e José Alves Rezende com suas famílias, acompanhados do cunhado João Pereira da Rocha e ainda o amigo Francisco Rodrigues Rabello, que trouxe também sua família. No trajeto percorrido para exploração e conhecimento de suas sesmarias, as áreas e córregos foram nomeados e mais tarde tornaram-se nomes de fazendas ou de região.

Como resultado, foram as Fazendas Olho D'Água, Laje, Tenda e Marimbondo as principais fazendas que deram origem ao município. Em 1853 construiu-se na Fazenda Tenda a primeira Capela, com 3000 paroquianos onde a partir daí formou-se um povoado, e quatro anos depois com o consentimento dos proprietários foi promovida a divisão e demarcação daquele Patrimônio perante o juiz municipal de Uberaba, já denominado de Nossa Senhora do Carmo e São Sebastião da Barra de São Pedro de Uberabinha. Conhecida mais tarde como São Pedro do Uberabinha, e aos poucos foi crescendo e se transformou em um centro comercial muito expressivo e em agosto de 1888 foi emancipada inicialmente com 3 distritos: São Pedro do Uberabinha (sede), Martinópolis e Santa Maria. Em 1929, passa a ter a denominação de Uberlândia. Desde então incorporou os distritos de Tapuirama e Cruzeiro dos Peixotos sendo que Santa Maria passou a chamar-se Miraporanga e Martinópolis a chamar-se Martinésia, assim permanecendo até hoje (UBERLÂNDIA, 2015a).

1.2. Descrição do município

Sua extensão territorial é de aproximadamente 4.115,82 Km², predominando a área rural, ao redor de 3.896,82 Km², correspondendo a 94,67% da extensão do

município. Por sua vez, equivalente a 5,23% da área total do município, a área urbana é em torno de 219 Km² (BRASIL, 2015a; 2015b).

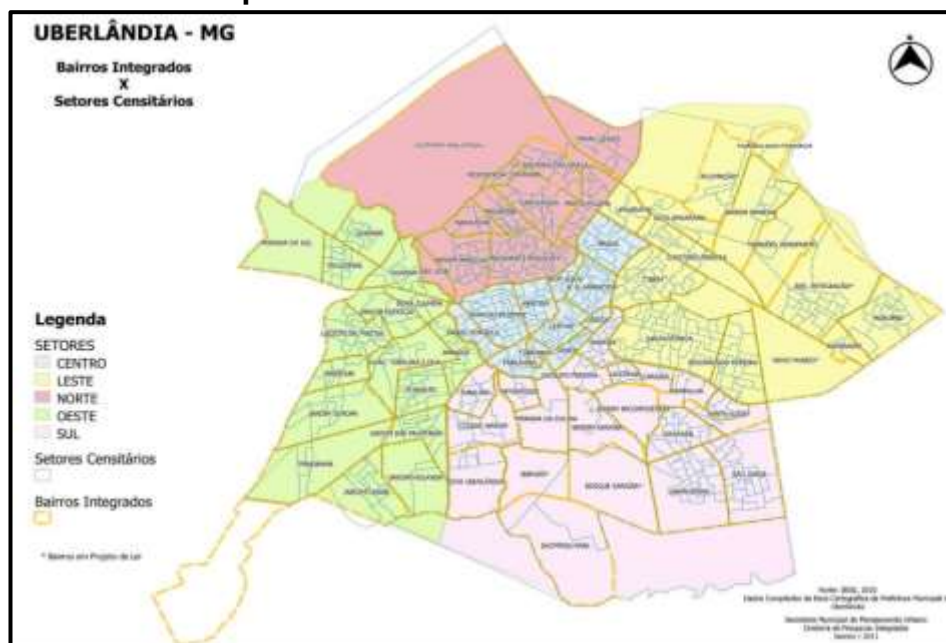
Figura 1 - Distribuição territorial dos distritos do município de Uberlândia/MG, 2015.



Fonte: PMU–Diretoria de Pesquisa Integrada–SEPLAN (2015)

Constituída de cinco distritos, sendo o distrito sede a cidade de Uberlândia (Figura 1) e os outros são Cruzeiro dos Peixotos (24 Km da sede), Martinésia (32 Km da sede), Miraporanga (50 Km da sede) e Tapuirama (38 Km da sede). O distrito sede divide-se ainda em cinco setores sanitários (Figura 2): Norte, Sul, Leste, Oeste e Central (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015a).

Figura 2 - Distribuição territorial dos setores sanitários da sede do município de Uberlândia/MG em 2015.



Fonte: PMU – Diretoria de Pesquisa Integrada – SEPLAN (2015)

O Produto interno bruto (PIB) de Uberlândia é o 27º maior do Brasil, destacando-se na área de prestação de serviços. A agricultura é o setor menos relevante da economia de Uberlândia. A indústria atualmente é o segundo setor mais relevante, destacando-se a o Distrito Industrial Guiomar de F. Costa, localizado na zona norte da cidade. Nele estão as principais indústrias da cidade, inclusive instalações de algumas das maiores empresas do Brasil e ainda multinacionais, como Cargil Agrícola, Casas Bahia, Monsanto, Petrobrás, Sadia, Companhia de Telecomunicações do Brasil Central, Souza Cruz e Coca-Cola (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

Uberlândia conta com alguns dos maiores shopping centers da região do Triângulo Mineiro, como o Pratic Shopping, o Griff Shopping, o Center Shopping Uberlândia, considerado como o maior shopping center do estado e o sétimo do país, o Uberlândia Shopping e o Praça Uberlândia Shopping Center (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Uberlândia em 2010 foi de 0,789, 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 4ª para a 3ª colocação de melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Estado, atrás de Novo Lima (0, 813) e Belo Horizonte (0, 810) (BRASIL, 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

A renda média mensal per capita no município de Uberlândia é de R\$ 865,00, ocupando o 4º lugar entre os municípios mineiros, valor 35% superior à média estadual (R\$ 641,00) e 30% maior que a média nacional (R\$ 668,00) (BRASIL, 2015a; 2015b; UBERLÂNDIA, 2015b).

De acordo com dados do Departamento Municipal de Água e Esgoto – DMAE, em relação ao saneamento básico a área urbana de Uberlândia conta com 100% de água tratada e 99% de tratamento de esgoto (UBERLÂNDIA, 2013).

De acordo com o IBGE 2010 o número de analfabetos é de 18.660 pessoas e o índice de analfabetismo é de 5,04%, estando abaixo dos índices estadual (7,7%) e nacional (9,6%) (BRASIL, 2015a; UBERLÂNDIA, 2015b).

A população de Uberlândia em 2010, segundo dados do IBGE (BRASIL, 2015a; 2015b), era de 604.013 habitantes, sendo 587.267 habitantes na zona urbana (97,23%) e 16.745 na zona rural (2,77%). A população de Uberlândia se concentra na área urbana, com uma densidade populacional de 2.706,2 habitantes por Km². Em relação aos dados do censo de 2000, em 2010, houve um acréscimo de 473,4 pessoas por km² na área urbana e na área rural o acréscimo foi de 1,2 pessoas por Km². A estimativa para 2015 é de 662.362 habitantes, sendo 646.131 na área urbana e 16.231 na área rural (BRASIL, 2015a; UBERLÂNDIA, 2013; 2015a).

Uberlândia é considerado um exemplo de polo regional de atração migratória onde apresentou nas últimas décadas um dos maiores índices de crescimento populacional do Estado de Minas Gerais, registrando entre os municípios da região o maior crescimento absoluto de população no período, com aumento de aproximadamente 102.799 mil habitantes em apenas 10 anos sendo classificada como a segunda maior cidade do estado em crescimento populacional, perdendo apenas para a capital Belo Horizonte (UBERLÂNDIA, 2013).

Uma consequência direta deste crescimento exagerado na área urbana, de acordo com o Plano Diretor da Saúde de Uberlândia, foi a rápida expansão da malha urbana da cidade principalmente em direção às regiões sul e oeste, aumentando consideravelmente nessas regiões a necessidade de ampliação e qualificação de serviços de saúde, entre outros (UBERLÂNDIA, 2013)

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; 2015d).

As ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no município são predominantemente realizadas pelos pontos de atenção da Rede 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; 2015d).

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; 2015d).

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; 2015d).

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 (UBERLÂNDIA, 2013; 2015d).

O atendimento ambulatorial nas UBSFs e UBSs acontece em geral das 7 h às 17 h. 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 UAls 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; 2015d).

O atendimento de emergência de Odontologia, também funciona das 7 h às 22 h de segunda a sexta. Outra característica importante das UAls 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; 2015d).

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; 2015d).

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; 2015d).

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; 2015d).

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; 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:

- 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).

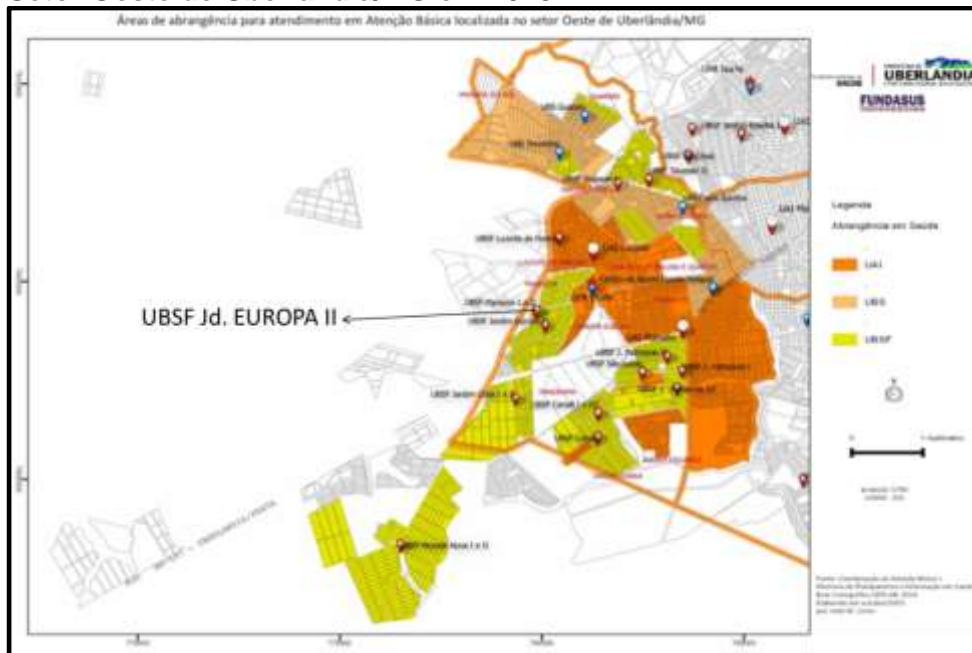
O município conta com o Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia (CMSU) encarregado de exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, fundo esse para onde são destinados os recursos a serem gastos com a saúde no Município. As reuniões do Conselho ocorrem sempre na última quarta-feira do mês às 19 horas, no Anfiteatro Cícero Diniz na Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) (UBERLÂNDIA, 2013; 2015c)

1.4. Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II

A equipe da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Jardim Europa II, está sediada no Bairro Mansour, na Rua Rio Citare nº52 no município de Uberlândia/MG, cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com o número 5090377 (BRASIL, 2015c).

A Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família (UAPSF) Mansour I, Mansour II e Jardim Europa II constituem uma unidade compartilhada tipo III, tendo como espaço físico o antigo SESI MANSOUR, atualmente denominado espaço Viva Mansour, onde estão localizados ainda a Fundação Uberlandense do Turismo, Esporte e Lazer (FUTEL), a Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) Mansour e a Secretaria da Cultura (UBERLÂNDIA, 2015c).

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



Fonte: SEPLAN – PMU (2015)

Situada no Setor Oeste de Uberlândia (Figuras 3), a UBSF Jardim Europa II tem localização urbana e dista cerca de 9 Km do centro da cidade.

A área de abrangência da UBSF Jardim Europa II, apesar de sediada no Bairro Mansour, contempla apenas parte do Bairro Jardim Europa II, com população estimada para 2014 de aproximadamente 5210 habitantes. Na região urbana do Setor Oeste esta UBSF cobre 2,5% do total de 205.156 habitantes deste setor e em conjunto com as UBSFs Mansour I e II atingem a cobertura de 6,3% (UBERLÂNDIA, 2015d).

Até o momento encontram-se cadastrados 3105 moradores, correspondendo a 992 famílias e está dividida em 6 micro áreas, ainda em fase de cadastramento.

A distribuição da população da área da UBSF Jardim Europa II para o ano de 2015 (Tabela 1) mostra um predomínio de mulheres (52,9%) em relação aos homens (47,1%), com uma maior concentração de adultos jovens (20 a 59 anos) em ambos os sexos, 62,1% das mulheres e 57,6% dos homens. A população menor de 5 anos corresponde a 6,6% e de idosos a 9,8 %. O número de crianças menores de 2 anos é de 89, correspondendo a 2,9% da população total.

Tabela 1 - Distribuição da População da área de abrangência da UBSF Jardim Europa II segundo o sexo e faixa etária - Uberlândia/MG - 2015

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
Menor 1 ano	12	0,8	14	0,9	26	0,8
1 a 4 anos	96	6,6	84	5,1	180	5,8
5 a 9 anos	125	8,5	117	7,1	242	7,8
10 a 14 anos	133	9,1	122	7,4	255	8,2
15 a 19 anos	119	8,1	117	7,1	236	7,6
20 a 49 anos	707	48,3	861	52,4	1568	50,5
50 a 59 anos	136	9,3	159	9,7	295	9,5
60 anos e +	135	9,2	168	10,2	303	9,8
Total	1463	100,0	1642	100,0	3105	100,0

Fonte: Levantamento cadastro ACS-Equipe Jardim Europa II (2015)

Segundo informação dada pelos ACS até este momento do cadastramento, 70% da população da área de atuação da UBSF Jardim Europa II está empregada e o nível de alfabetização está em torno de 60%.

A área de abrangência é totalmente urbana, com 100 % abastecida por água da rede pública, 100 % com esgoto ligado à rede geral pública e 100 % com coleta pública do lixo, todas as casas têm acesso à luz elétrica e telefone. Não existem áreas de assentamento.

Nossa área de abrangência possui creche escolar, praça, supermercado, conta com pequenos mercados, pizzaria, sacolão, lojas, padarias e papelarias, igrejas, feira livre e farmácias.

Fica disponível também o Parque Municipal Mansour, com área total de 104.000 m², por onde passa o Córrego do Óleo. O Parque foi reformado com a construção de pistas de caminhada, áreas de recreação e instalação de equipamentos para realização de exercícios físicos.

Existe também a Rede CESCER–Estação Cidadania; Centro de Referência de Assistência Social–CRAS–Mansour; Poliesportivo Viva Mansour/PMU/FUTEL–Natação, Futsal, Futebol Society. Espaço de anfiteatro fornecido pela Secretaria de Cultura (onde são realizadas atividades de grupo, reuniões, etc.), Praça Geraldino Dias da Silva que apesar de localizados no BAIRRO MANSOUR podem ser utilizadas pela comunidade da UBSF Europa II, Associação dos Moradores do Bairro Jardim Europa e Rocha e Silva.

Conhecer as principais enfermidades, incluindo as causas de internação e de óbitos que acometem dada população, nos ajuda a direcionar ações mais custo-efetivo, causando maior impacto populacional. Na Tabela x tem-se o levantamento dos principais agravos e eventos acompanhados na UBSF por nossa equipe no ano de 2015.

Até o momento (Tabela 2), encontram-se cadastradas na UBSF Jardim Europa II um total de 29 gestantes das quais 6 realizam pré-natal de alto risco sendo acompanhadas por ginecologistas e medico da comunidade e as outras 23 gestantes realizam acompanhamento de pré-natal de risco habitual na unidade, com faixa etária entre 16 e 42 anos. Gestantes com menos 20 anos não temos em acompanhamento na unidade. O total de 98% das puérperas realiza a consulta puerperal. A unidade não possui nenhum caso de morte materna até o momento.

A prevalência de Hipertensão na população da área da UBSF Jardim Europa II foi de 7,7% e de Diabetes 2,2%. Também temos varios pacientes com doenças endócrinas como hipotireodismo, dislipidemias e a diabetes já mencionada.

Tabela 2 - Alguns indicadores de cobertura referente a área de atuação da UBSF Jardim Europa II - Uberlândia/MG - 2015

Indicador	2015
Nº de recém nascidos	5
% RN pesados	100 %
% RN Peso < 2.5 kg	0 %
% de Aleitamento exclusivo em crianças < 4 meses	100 %
% de < 1 ano com vacina em dia	100 %
% de < 1 ano desnutridas	0 %
Nº de gestantes cadastradas	23
% gestantes < 20 anos	0 %
% gestantes acompanhadas	100 %
% gestantes vacinadas	100 %
Nº de Hipertensos cadastrados	241
% hipertensos acompanhados	100 %
% hipertensos controlados	92 %
Nº de Diabéticos cadastrados	71
% Diabéticos acompanhados	100 %
% Diabéticos controlados	90%
Nº de casos de Tuberculose	0
Nº de Casos de Hanseníase	2
Nº de Portadores de necessidades especiais	13
Nº de DPOC/Asma	8

Nº de Alcoolismo	7
Nº de Epilepsia	0
Nº de Doença de Chagas	0
Transtornos Mentais	71

Fonte: Levantamento cadastro ACS-Equipe Jardim Europa II (2015)

Apesar de não estar disponíveis dados estatísticos do uso de psicotrópicos nessa Unidade de Saúde, pela vivência clínica e nos relatos da equipe identificou-se que existe um grande número de pacientes com transtornos mentais predominando a ansiedade, a depressão e uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas, ocorrendo também casos de transtorno bipolar, transtorno do pânico e insônia. A elevada procura de pacientes para “renovação de receitas” em uso crônico do medicamento indica uma alta prevalência de pacientes em uso de drogas psicotrópicas, com elevada dependência às mesmas.

Em relação à Rede de Saúde a UBSF Jardim Europa II têm como apoio para o atendimento às urgências e emergências em geral (Pronto Socorro) e atendimento de especialidades a UAI Luizote.

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 pela farmácia de referência regional da UAI Luizote e os exames laboratoriais são colhidos em quase sua totalidade na própria UBSF e tem como apoio um posto de coleta do laboratório próximo à UAI Luizote que é a referência para a UBSF Jardim Europa II. 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 vagas, que segue critérios de avaliação de risco (UBERLÂNDIA, 2015d).

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, desinstitucionalização 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 Jardim Europa II 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 com o psicólogo, que caso necessário agenda consulta para o paciente em matriciamento de Psiquiatria e/ou Psicologia 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 Jardim das Palmeiras II é a UAI Luizote. O Hospital de Clínicas da UFU também é retaguarda com leitos de internação em hospital geral, para casos que necessitam desta modalidade de atenção (UBERLÂNDIA, 2015d).

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 Oeste é o CAPS III Oeste que também atende ao Setor Sul. Já o CAPS AD UFU é uma unidade específica para atenção especializada a usuários de álcool e outras drogas, sendo responsável pela referência do setor Sul e Oeste do município. Existe também uma unidade

específica para atenção especializada à infância e adolescência, o CAPS I que é referência todo o município, incluindo o Setor Oeste (UBERLÂNDIA, 2015d).

Como parte desta rede existe também o Centro de Convivência Cultural (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 Centro de Convivência e Cultura é referência para toda a rede de Saúde Mental do município de Uberlândia.

Como um dos componentes das redes de atenção à saúde os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra-fluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2011).

Na UBSF Jardim Europa II 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 (SIS-REG) para agendamento de especialidades e de exames complementares 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 Jardim Europa II conta os serviços da Central de Ambulância que disponibiliza 1 ambulância junto à UAI Luizote 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. 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 Jardim Europa II conta atualmente com 1 médica do Programa Mais Médicos, 1 enfermeiro e 1 técnica de enfermagem, 4 agentes comunitário.

O horário de funcionamento da UBSF Jardim Europa II é de oito horas diárias, sendo 40 horas semanais para atendimento exceto a médica que trabalha 32 horas com 8 horas para curso de especialização. O início das atividades é das 07:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira, 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 UBSF Jardim Europa II o processo de trabalho em equipe envolve a atenção à saúde, a vigilância, a abordagem dos grupos com maiores riscos de adoecimento assim como a atuação no território com vistas a melhorar a saúde com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. O atendimento da população é feito através consultas médicas, consultas de enfermagem, procedimentos e assistência de enfermagem (aferição de pressão, dextro, curativos), visitas domiciliares aos pacientes acamados e/ou com dificuldade de locomoção, crianças, gestantes e pacientes com doenças crônicas, feita por a médica, enfermeira e agentes comunitários; grupos educativos, grupos operativos entres outros.

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.

Os pacientes são acolhidos inicialmente pelo enfermeiro, 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 selecionados. Os pacientes de Saúde Mental também são captados para consultas pelos ACS, acolhidos pela enfermeira e agendada consulta ou encaminhados para consulta como demanda espontânea tendo em conta a descompensação da doença e as queixas do paciente, aspectos de muita importância para a renovação de receita. A unidade conta também com uma

Psicóloga para o acompanhamento em Saúde Mental e existe a tutoria de Psiquiatria que ocorre a cada 45 dias.

A agenda está organizada para o atendimento de pacientes agendados e as demandas espontâneas que chegam à unidade (Quadro 1). Terça feira à tarde temos consultas de puericultura, quarta-feira de manhã consultas de pré-natal e a tarde consulta de HIPERDIA (Diabéticos e Hipertensos), quinta feira está dividido para fazer visitas domiciliares e a reunião da equipe. Resto dos dias o atendimento e para outras demandas da população com atendimento agendado e de demandas espontâneas. O agendamento de pacientes com doenças crônicas, gestantes e criança sempre e feita tendo em conta os protocolos de atendimento e acompanhamento preconizados pelo SUS.

Quadro 1. Descrição da agenda de atendimentos oferecidos na UBSF Jardim Europa II em Uberlândia/MG em 2015.

TURNO	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
07:00 às 11:00	Consulta programada + Demanda Espontânea	Consulta programada + Demanda Espontânea	Pré-Natal	Consulta programada + Demanda Espontânea	Curso Especialização
13:00 às 17:00	Consulta programada + Demanda Espontânea	Puericultura	HiperDia	Visita Domiciliar / REUNIÃO DE EQUIPE	Curso Especialização

Fonte: Equipe UBSF Jardim Europa II (2015).

A partir das informações obtidas 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 a equipe identificou-se alguns problemas na área de atuação da UBSF. Os problemas identificados em toda área de abrangência da UBSF Jardim Europa II foram:

- Alta prevalência de doenças cardiovasculares
- Alto consumo de psicotrópicos
- Alta prevalência de doenças endócrinas (diabetes, hipotireoidismo, dislipidemia).

2. JUSTIFICATIVA

A saúde mental é um campo onde especialmente os pacientes ficam susceptíveis aos danos causados pelo uso irracional de medicamentos, sendo a prevenção quaternária uma ação muito importante se quisermos evitar os prejuízos que uma intervenção desnecessária pode causar (ORTIZ LOBO; BERNSTIN, 2015).

Nos últimos 10 anos verificou-se um aumento significativo do consumo de psicotrópicos em todo o mundo e também no Brasil (SANTOS *et. al.*, 2009), e os benzodiazepínicos (BZD), em especial, estão entre os mais prescritos (AUCHEWSKI *et. al.*, 2004) e sua prescrição no Brasil, tem sido considerada exacerbada e indiscriminada (ABREU; ACÚRCIO; RESENDE, 2000).

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário destas substâncias e que uma em cada 10 adultos recebam prescrições de BZD a cada ano, a maioria feita por médicos generalistas (CRUZ *et. al.*, 2006; DE LAS CUEVAS; SANZ, 2004; MATTIONI *et. al.*, 2005; NORDON *et. al.*, 2009).

A constatação do maior consumo de BDZ entre os pacientes de médicos não psiquiatras por si só, segundo Sebastião e Pelá (2004), pode-se questionar sua prescrição. Muitas vezes o atendimento médico envolve a simples manutenção da receita indicada por outro profissional, sem um acompanhamento especializado (NORDON *et. al.*, 2009).

No nosso trabalho do dia a dia, observa-se a grande quantidade de pacientes em uso de psicotrópicos sem o acompanhamento adequado por profissionais da saúde, restringindo-se assim o processo de trabalho para apenas renovações de receitas e limitando o acompanhamento destes com o psiquiatra para os casos mais graves. Observa-se também que há uma descontinuidade na assistência aos usuários já diagnosticados, além de ausência de prevenção e promoção da saúde da população em risco de adoecer por problemas relacionados à saúde mental.

Neste contexto, justifica-se a realização deste trabalho ao propor modificar os padrões de consumo de psicotrópicos no território de atuação da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Jardim Europa II no município de Uberlândia/ MG, possibilitando assim o uso racional destas medicações.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Construir um projeto de intervenção para modificar os padrões de consumo de psicotrópicos no território de atuação da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Jardim Europa II no município de Uberlândia/ MG.

Objetivos Específicos

- Promover hábitos e estilos de vida saudáveis através de atividades lúdico educativas para melhorar a qualidade de vida das pessoas da área de abrangência da UBSF e favorecer a integração social.
- Aumentar o nível de informação da população sobre os métodos de tratamentos em Saúde Mental, com especial atenção às alternativas não medicamentosas, diminuindo a automedicação, incentivando a desmedicalização e a corresponsabilização do cuidado.
- Implementar a linha de cuidado para pacientes com problemas de Saúde Mental, com inclusão de alternativa para tratamento não medicamentoso.
- Melhorar o fluxo de atendimento aos pacientes com Transtornos Mentais, promovendo uma melhor interação da rede de apoio psicossocial, incluindo os serviços de PICs.

4. METODOLOGIA

O referencial metodológico utilizado para a elaboração do Projeto de Intervenção foi o Método Simplificado de Planejamento Estratégico Situacional (PES), didaticamente organizado por Campos, Farias e Santos (2010) em 10 passos detalhados a seguir:

1. Identificação dos problemas: a partir do Diagnóstico Situacional foram identificados os principais problemas do território da área de abrangência. Utilizou-se a metodologia da Estimativa Rápida para o levantamento de dados.

Os dados primários foram levantados através de entrevistas com informantes-chaves, moradores da comunidade e funcionários mais antigos da unidade de saúde e da observação ativa realizada na vivência na comunidade da área de atuação da UBSF Jardim Europa II, durante as consultas médicas, acolhimento e visitas domiciliares dos ACS, enfermeira e médico, identificando os problemas de saúde mais prevalentes, os seguimentos de tratamento, estilos de vida dos moradores, moradia e nível de escolaridade, dentre outras informações.

Os dados secundários para Uberlândia e para a UBSF Jardim Europa II foram as fontes secundárias como: Dados do censo IBGE (BRASIL, 2015a), Dados IBGE Cidades@ (BRASIL, 2015b), Cadastro de Estabelecimento de Saúde (BRASIL, 2015c); site da Prefeitura Municipal de Uberlândia/MG (UBERLÂNDIA 2013, 2015a, 2015b, 2015c, 2015d), todos disponibilizados em acesso online e registros existentes na UBSF.

2. Priorização dos problemas: como nem sempre há governabilidade e recursos para atuação em todos os problemas identificados na área de abrangência, foram utilizados pela equipe os critérios “relevância”, “urgência” e “capacidade de enfrentamento” e comunidade para a classificação dos problemas em ordem decrescente de prioridade.

3. Descrição do Problema: foram utilizadas as informações obtidas na UBSF para uma melhor descrição do problema priorizado.

4. Explicação do problema: este passo teve 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 eletrônicas 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 à Saúde, Transtornos Mentais, Psicotrópicos, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Prevenção Quaternária, Meditação. As palavras-chaves (e *key words*) foram definidas de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2014a). O recorte temporal procurou privilegiar artigos mais recentes e atualizados.

5. Seleção dos “nós críticos”: procedeu-se a identificação das causas consideradas mais importantes na origem do problema e que estivessem dentro da governabilidade dos atores responsáveis, considerando que estas causas quando “atacadas” repercutem sobre o problema principal e efetivamente transforma-o.

6. Desenho das operações que 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.

7. Identificação dos recursos críticos: nesta etapa identificaram-se os recursos indispensáveis para a execução de cada operação e que não estavam disponíveis.

8. Análise da viabilidade do plano: uma vez que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para o desenvolvimento das suas operações, identificaram-se aqueles que controlam os recursos críticos e avaliou-se o seu provável posicionamento em relação ao problema, pois, somente após isto, foi possível definir operações/ações estratégicas para construir a viabilidade do plano.

9. Elaboração do plano operativo: nesta etapa elegeram-se os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definiram-se os prazos para a execução das operações.

10. Gestão do plano: construiu-se uma planilha para acompanhamento do plano, para revisão de prazos e repactuações.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A psicofarmacologia surge no final da década de 40 com a introdução dos primeiros psicofármacos inicialmente desenvolvidos para o tratamento de transtornos mais graves, diminuindo a ocupação de leitos hospitalares, reduzindo a internação e o tempo de permanência de pacientes psiquiátricos (RODRIGUES, 2004).

Ao longo dessas últimas décadas a psiquiatria modificou sua prática deixando de ser um saber voltado exclusivamente para o tratamento da loucura e passando a medicar também os pequenos "mal-estares" cotidianos e a "dor de existir", com consequente aumento da medicalização para as dificuldades psíquicas e emocionais (BIRMAN, 2001; GENTIL *et. al.*, 2007).

Os maiores prescritores de psicotrópicos, segundo demonstram vários estudos, são os clínicos gerais (FACURY, 2010; FERRARI *et. al.*, 2013; FIRMINO, 2008; NORDON *et. al.*, 2009), ao contrário dos especialistas que têm restringido sua prescrição (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004; ORLANDI; NOTO, 2005). Esta inversão é atribuída, inclusive, ao fato dos clínicos gerais conhecerem menos os efeitos clínicos e adversos destes medicamentos, prescrevendo-os amplamente, o que fere o princípio da medicina baseada em evidências (FERRARI *et. al.*, 2013; ORLANDI; NOTO, 2005; SEBASTIÃO; PELÁ, 2004). Ou então pelo fato de muitas vezes o atendimento do médico generalista envolver a simples manutenção da receita indicada por outro profissional, sem um acompanhamento especializado (BEZERRA *et. al.*, 2014; NORDON *et. al.*, 2009).

Embora seja fundamental a garantia de acesso aos psicofármacos para os portadores de doença mental, sua utilização tem crescido muito nas últimas décadas em vários países (BUENO, 2012; LEON *et. al.*, 2002; SANTOS *et. al.*, 2009) e seu uso tem sido considerado exacerbado e indiscriminado, inclusive no Brasil (ABREU; ACÚRCIO; RESENDE, 2000). Esse crescimento tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

A ocorrência de um padrão da população que utiliza os psicotrópicos foi observada em inúmeros estudos e aponta para um predomínio em mulheres e idosos (GALDUROZ *et. al.*, 2005; OLFSON *et. al.*, 2002; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006; YATES; CATRIL, 2009), além de estar associado a baixa renda e baixa escolaridade (ALVARENGA *et. al.*, 2007; MENDONÇA; CARVALHO, 2005; OFSON *et. al.*, 2002, RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006), presença de doença crônica e utilização de serviços de saúde (FERRAIRÓ *et. al.*, 2000; FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

O seu uso irregular, entretanto, é preocupante e tem sido objeto de investigação onde foram identificados vários motivos como a utilização desses fármacos sem prescrição médica (ARRAIS *et. al.*, 2007; MONTEIRO, 2008); falta de orientação e preparo dos profissionais de saúde (MONTEIRO, 2008; NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012; ORLANDI; NOTO, 2005; SILVA *et. al.*, 2005); pressão crescente em forma de propagandas pela indústria farmacêutica (AUCHEWSKY *et. al.*, 2004; MENDONÇA; CARVALHO, 2005; ORLANDI; NOTO, 2005; SILVA *et. al.*, 2005).

Soma-se a esta lista a facilidade com que qualquer sinal de sofrimento psíquico pode ser rotulado como uma patologia cujo tratamento será a administração de psicofármacos (AMARANTE, 2007; BARROS, 2008; BEZERRA *et. al.*, 2014; BIRMAN, 2001; FERRAZZA *et. al.*, 2010; IGNÁCIO; NARDI, 2007). Essa tendência tem-se ampliado de tal modo que se pode falar da ocorrência de uma generalizada "medicalização do social" (BIRMAN, 2001). Sob esse prisma, os psicofármacos instituíram-se como o recurso terapêutico mais utilizado para tratar qualquer mal-estar das pessoas, em que se destaca a tristeza, o desamparo, a solidão, a inquietude, o receio, a insegurança, ou até mesmo a ausência de felicidade (ORTIZ LOBO; BERNSTIN, 2015).

Segundo Ortiz Lobo e Bernstin (2015), muitas pessoas se apresentam na consulta com altas expectativas de receber tratamento medicamentoso para amenizar o enfrentamento da vida cotidiana, com suas tristezas, angustias, frustrações, impotências, solidão, ódio ou mesmo ter sua receita renovada o que avaliam como satisfatória resolutividade do serviço (BEZERRA *et. al.*, 2014), predispondo ainda mais ao risco de iatrogenia (ORTIZ LOBO; BERNSTIN, 2015).

Neste sentido, os prejuízos que pode se infringir aos pacientes estão presentes praticamente em todas as atividades da saúde mental, desde a prevenção primária, diagnóstico, tratamento e reabilitação (ORTIZ LOBO, 2013).

O intervencionismo do sistema psiquiátrico e os internamentos em pessoas com transtornos mentais graves podem produzir estigmatização e efeitos adversos que podem marcar e dificultar a vida; na atenção primária o dano é através do sobrediagnóstico e sobretratamento daqueles que contém sofrimentos vinculados à vida cotidiana e que não necessitariam de medicalização (ORTIZ LOBO; BERNSTIN, 2015).

A medicalização dos sofrimentos da vida cotidiana, de forma indiscriminada, termina por levar a uma saturação dos dispositivos assistenciais, favorecendo que os transtornos mais graves se percam ou recebam uma atenção limitada, ou seja, ocorre uma inversão onde os pacientes recebem cuidados em proporção inversa às suas necessidades (ORTIZ LOBO; BERNSTIN, 2015).

Outro agravante é que a linguagem psiquiátrica e psicoterapêutica codificando o comportamento acaba por restringir a compreensão dos pacientes de suas próprias experiências e do seu conceito de “normalidade”, limitando sua sensação de autonomia e governabilidade favorecendo a necessidade de que um profissional faça a gestão de suas emoções e experiências, e este mesmo profissional contribui para que o paciente se coloque em um papel passivo e enfermo ante as vicissitudes da vida (BOISVERT; FAUST, 2002).

Neste sentido, Ortiz Lobo e Bernstin (2015) reforçam ainda que ao medicalizar a pessoa que experimenta a dor normal, implicitamente se está certificando a incapacidade da pessoa para chegar à frente de si mesmo, a sua vulnerabilidade e sua necessidade de consultar um especialista em saúde sempre que experimentar sentimentos que produzem sofrimento, mesmo se eles são saudáveis, legítimos e adaptáveis. Este reducionismo biológico do modelo médico centrado em sintomas favorece a transformação de problemas sociais em conflitos individuais e a exposição dos cidadãos aos efeitos adversos de tratamentos excessivos e inadequados.

Além disso, o marketing da promoção comercial com agregação de valor simbólico ao medicamento junto com uma noção de informações de legitimidade

científicas gera a criação de falsas expectativas em pacientes e profissionais favorecendo o uso impropriedade e excessivo dos mesmos (RABELLO; CAMARGO JUNIOR, 2012).

A Linha Guia em Saúde Mental é clara ao recomendar que a indicação do uso de psicotrópicos para o tratamento de transtornos mentais deve ser analisada com cautela, considerando que a maioria dos casos de Transtornos Mentais é classificada como leve não havendo necessidade de tratamento farmacológico, sendo mais indicado acompanhamento psicológico, suporte social e mudanças cognitivo-comportamentais (MINAS GERAIS, 2006).

GALLEGUILLOS *et. al.* (2003) complementam referindo que o uso de psicofármacos pode reconhecidamente auxiliar na melhoria do estado psíquico dos pacientes com transtornos mentais, quando indicados a partir de um diagnóstico bem conduzido. Entretanto, seu uso indiscriminado, sem uma avaliação adequada, com acompanhamento falho ou mesmo inexistente, onde nem mesmo o paciente reconhece quem o indicou ou então o iniciou por conta própria causa mais danos que benefícios.

Por tudo isso, antes de se iniciar um tratamento psicológico ou farmacológico Ortiz Lobo e Bernstin (2015) recomendam ir para além do rótulo diagnóstico na condução do caso, que se considere a possibilidade de indicar o “não-tratamento”, de usar com prudência as drogas psicoativas e de levar em consideração sua desprescrição. Esta é a intervenção paradigmática da prevenção quaternária em Saúde Mental que evita a exposição do paciente aos efeitos adversos dos tratamentos (BENTZEN, 2003; CUBA, 2013; GERVÁS; GAVILÁN; JIMÉNEZ, 2012; JAMOULLE, 2015; ORTIZ LOBO; BERNSTIN, 2015).

A prevenção quaternária aparece quando evitamos os danos possíveis de uma intervenção médica que se pretende aplicar, que em sentido estrito é o princípio do *primum non nocere*. Ou seja, consideramos a segurança do paciente contra os riscos de nossas atividades profissionais, evitando os danos produzidos pelas atividades necessárias ou desnecessárias de nossa intervenção (GERVÁS, 2007; FUENTES *et. al.*, 2016; JAMOULLE, 2015).

Segundo o dicionário WONCA de Prática de Medicina Geral e Familiar, “Prevenção Quaternária é definida como o conjunto de medidas adaptadas para

identificar os pacientes em risco de sobretratamento, com o fim de protegê-los de uma nova intervenção médica e sugerir intervenções que sejam eticamente aceitáveis” (BENTZEN, 2003, p.110).

Na verdade este nível de prevenção se aplica a todos os campos da relação médico-paciente, ou mesmo da relação profissional da saúde-paciente, quando se considera a profunda influência das atividades destes profissionais e as crenças do paciente e as interações de ambos os atores do cuidado (JAMOULLE; GOMES, 2014; NORMAN; TESSER, 2009).

Como visto nas descrições e conceituações anteriores, muitas das teorias que fazem parte da prevenção quaternária são inerentes à prática da medicina familiar e comunitária.

Como nos mostra Gérvas, Gavilan e Jimenez (2012) no Quadro 2, onde descreve as características que facilitam a prevenção quaternária na prática cotidiana, fica evidenciado que estas são também as características esperadas das funções de um médico generalista na atenção básica, preconizadas pela Política de Saúde Mental (BRASIL, 2001, 2003b), na perspectiva da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001, 2003c, 2005) e em consonância com as Políticas Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b) e de Humanização (BRASIL, 2004b, 2008) e que integram as diretrizes e princípios do SUS (BRASIL, 1990).

Entre as fortalezas na atuação dos profissionais competentes na Atenção Básica e que facilitam a prevenção quaternária estão o conhecimento do paciente e do seu contexto familiar e social, pois permite "ajustar" serviços às necessidades, tendo em conta as expectativas e valores dos pacientes e populações; a longitudinalidade ao acompanhar o paciente ao longo do tempo e por vários problemas e situações, sem necessidade de precipitação em diagnosticar ou prescrever; a responsabilidade da coordenação do cuidado com a possibilidade de “proteger” o paciente dos excessos da atenção fragmentada de alguns especialistas (CUBA, 2013).

Quadro 2 - Características que facilitam a prevenção quaternária na prática cotidiana na Atenção Primária

<p>Profesionalismo y compromiso Los valores éticos y deontológicos propios de nuestra profesión y el compromiso con las personas y con la comunidad, ejerciendo con humildad y respeto por el sufrimiento ajeno, son los que marcan nuestra práctica profesional</p>
<p>Autonomía organizativa Para poder adaptar nuestro desempeño profesional a las características cambiantes de nuestros pacientes, precisamos autonomía para organizar nuestra agenda de trabajo y capacidad para gestionar los recursos que la sociedad pone a disposición de la Atención Primaria</p>
<p>Accesibilidad y longitudinalidad Ambos atributos favorecen que entre médico y paciente se establezca y mantenga a lo largo del tiempo una relación de confianza. La accesibilidad genera tranquilidad; cuando ponemos barreras a la accesibilidad, a veces de forma inadvertida, enviamos mensajes contradictorios y negativos a la población que se vuelven en nuestra contra. La continuidad y estabilidad en el tiempo es una de las características que más satisface a nuestros pacientes, y facilita que el médico adquiera un rol de «agente del paciente»</p>
<p>Manejo adecuado del tiempo y de la incertidumbre El control del tiempo es el principal reto del médico de familia. Tanto los tiempos de la consulta, administrándola de manera juiciosa para dedicar la atención debida a quienes más la pueden necesitar, como los tiempos del enfermar, aprendiendo a afinar el instinto clínico para alcanzar un uso prudente del «esperar y ver», por ejemplo. Compartir la incertidumbre de una manera honesta y natural con el paciente generalmente suele ser algo bien aceptado, y evita los inconvenientes de una «medicina defensiva» dañina</p>
<p>Respeto y consideración con la situación del paciente El contexto familiar, laboral, social y cultural del paciente, sus experiencias, conocimientos, ideas, expectativas, etc., condicionan la respuesta de este a las intervenciones sanitarias. Conocer estas circunstancias resulta de interés para poder potenciar los beneficios de dichas intervenciones y minimizar sus potenciales daños. La escucha activa y el apoyo narrativo resultan imprescindibles para acceder al interior de la persona y contribuyen a potenciar la confianza, una de las armas más poderosas con las que contamos</p>
<p>Promoción y prevención según oportunidad y prioridad La promoción de la salud debe llevarse a cabo sobre «las causas de las causas», las causas fundamentales de las enfermedades (determinantes en salud). La prevención de la enfermedad debe efectuarse no de una forma sistemática, sino preferiblemente de manera oportunista, estando en relación con el problema que presenta el paciente, con contenidos y objetivos que le resulten relevantes y adaptados a sus circunstancias personales, para asegurarse una mayor adhesión y efectividad. Un ejemplo podría ser el consejo antitabaco breve ante una persona con infecciones respiratorias de repetición</p>
<p>Máxima calidad y mínima cantidad Prestación de servicios de máxima calidad con la mínima cantidad o intensidad, con tecnología y medios diagnósticos y terapéuticos apropiada, tan cerca del domicilio del paciente como sea posible y a las personas que verdaderamente lo necesitan (y no solo a las que solicitan la atención sanitaria)</p>
<p>Polivalencia La capacidad de poder llevar a cabo actividades diversas que cubran necesidades amplias de la población (desde cuidados pediátricos hasta paliativos, pasando por cirugía menor, atención a la mujer, al trabajador, etc.)</p>
<p>Capacidad resolutive Capacidad de dar orientación, de aportar una propuesta de mejor curso de acción (y no necesariamente siempre una solución) para la mayor parte de los problemas de salud de la población, lo cual incluye la derivación al segundo nivel asistencial cuando sea oportuna. Tanto la polivalencia como la capacidad resolutive precisan de un alto desarrollo competencial y de compromiso profesional</p>
<p>Función de filtro o gatekeeping La función de puerta de entrada da racionalidad al flujo de pacientes y protege a la población de cuidados innecesarios, al tiempo que permite a los especialistas hospitalarios mantener un nivel de pericia alto por atender a pacientes de más alta complejidad</p>
<p>Capacidad para coordinar los cuidados de pacientes El médico de familia debe asegurar la función de coordinación, ser el guía del paciente por el sistema sanitario, con el fin de asegurar la idoneidad de los cuidados y reducir la exposición a intervenciones potencialmente dañinas. Este papel se ve facilitado cuando se ejerce de forma adecuada la función de filtro, y resulta de especial interés en personas con múltiples enfermedades y tratamientos</p>
<p>Solidez clínica y científica, e integración de lo biológico con lo psicosocial Para poder llevar a cabo una función de filtro adecuada y ser polivalente y resolutive, es primordial tener una base clínica y demostrar solvencia científica sin olvidar el contexto psicológico y social para no caer en reduccionismos biológicos</p>

Fonte: Gérvas, Gavilan e Jimenez (2012, p.22)

Alguns princípios para a utilização de psicofármacos por médicos generalistas foram propostos pelo Ministério de Saúde (CHIAVERINI *et. al.*, 2011, p.82) sendo

considerado um tópico importante na estruturação de uma atenção eficiente em saúde mental:

◆Utilizar os psicofármacos preferencialmente em conjunto com outros tipos de intervenções terapêuticas. Muitas das situações de sofrimento psíquico na atenção primária estão associadas a situações e eventos de vida geradores de estresse, em que os pacientes podem se beneficiar de intervenções de apoio psicossociais facilitando a retirada posterior da medicação. Podemos oferecer apoio e cuidado de muitas formas além do uso de medicação, em especial de benzodiazepínicos. Nesse apoio, o acolhimento e a escuta estruturam espaços de reorganização e solução de problemas que contribuem para uma melhora efetiva.

◆Ser resolutiva quando o paciente pode ser cuidado pela equipe da atenção primária. Nesses casos estão incluídos os tratamentos de uma parte significativa dos pacientes com transtornos mentais comuns (quadros ansiosos e depressivos, geralmente com queixas somáticas), uso abusivo de álcool e transtornos mentais orgânicos, tais como epilepsia e quadros demenciais, com alterações de comportamento. Ser resolutiva significa também usar a medicação na dose correta pelo tempo correto, em tratamentos adequados, ou seja, conforme o diagnóstico acertado do quadro clínico do paciente.

◆Ser eficaz como medicação de situações de crise, até que o paciente possa ser atendido por especialista (seja pelo encaminhamento ou pelo matriciamento), caso esse apoio esteja indicado ou até que a situação crítica esteja equacionada.

O Ministério da Saúde reforça ainda que um recurso extremamente importante que o médico dispõe para o manejo desses casos na atenção primária é a continuidade do tratamento, reconhecendo que grande parte dos problemas com a utilização crônica e inadequada de psicotrópicos é causada pela ausência de um profissional que se responsabilize pelo início, meio e fim do tratamento (CHIAVERINI *et. al.*, 2011).

Ainda que o tratamento farmacológico seja o mais habitualmente utilizado, as terapias não farmacológicas ganharam destaque e reconhecimento nos últimos anos, 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. Estratégias como estas deveriam ser amplamente utilizadas, no lugar da excessiva prescrição de psicotrópicos, que além de acarretar prejuízos para o próprio paciente, onera o sistema público de saúde, quando mal indicado. (AUCHEWSKI *et. al.*, 2004; DEMARZO, 2011; HOFMANN *et. al.*, 2010; KABAT-ZINN, 2003; PASSOS *et. al.*, 2007).

O Ministério da Saúde recomenda com ênfase que as práticas em saúde mental na Atenção Básica devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde e o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários é o objetivo que deve unificar a equipe para o cuidado em saúde mental, ou seja, o cuidado em saúde mental deve ser construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde, promovendo novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças (BRASIL, 2013b).

Promover vida e saúde pressupõe ir além do foco no sofrimento e na doença, como destaca o Ministério da Saúde em seu Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental, pois assim corre-se o risco de negligenciar aspectos da pessoa que esteja indo bem, que seja fonte de criatividade, alegria e produção de vida, e como consequência, pode-se influenciá-la também a se esquecer de suas próprias potencialidades (BRASIL, 2013 d).

Além disso, considerando que na produção do sofrimento há aspectos individuais, grupais e sociais, também as respostas devem focar intervenções nesses diferentes campos. Destaca que ao se deslocar o olhar da doença para o cuidado, para o alívio e a ressignificação do sofrimento e para a potencialização de novos modos individuais e grupais de estar no mundo aponta na direção de concepções positivas de saúde mental (BRASIL, 2013 d).

Neste sentido para auxiliar ainda mais a atenção básica no cuidado em Saúde Mental, o Ministério da Saúde apresenta inúmeros recursos como o Acolhimento, Escuta Qualificada, Grupos Operativos, Ferramentas de Abordagem Familiar, Projeto Terapêutico Singular (PTS), entre outros.

Importante apoio aos profissionais da Atenção Básica no cuidado em Saúde Mental está o matriciamento, estratégia onde os profissionais da Atenção Básica recorrem a outros atores/profissionais com diferentes saberes para construção de projetos terapêuticos incluindo qualquer ator da rede (rede de serviços de saúde, rede intersetorial, rede de apoio social e/ou pessoal do indivíduo) necessário para aquele indivíduo e sua família (CHIAVERINI, 2011).

Em relação aos Grupos Operativos em Saúde Mental, destaca-se como um recurso muito apropriado para uso na Atenção Básica a metodologia proposta por Pichon-Rivièr, pois amplia o olhar em relação à dinâmica grupal, possibilitando que os conteúdos subjetivos, implícitos nas interações dos participantes, mas não verbalizados possam ser trabalhados, de modo a promover um processo que passa fundamentalmente pela diminuição dos medos básicos, com o fortalecimento do Eu e uma adaptação ativa à realidade, e, portanto, com maiores possibilidades do grupo atingir seus objetivos (SOARES; FERRAZ, 2007).

Outros recursos não farmacológicos, a exemplo das práticas não tradicionais na área da saúde na atenção primária, incluindo a Saúde Mental, já vem sendo utilizadas na rede pública de inúmeros municípios e estados no Brasil, se consolidando na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), entre as quais se destacam aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia (BRASIL, 2006a).

Dentre estas práticas, merece uma maior atenção a meditação, que Segundo Demarzo (2011), sua prática regular contribui para a prevenção e tratamento de inúmeras doenças e de condições clínicas, especialmente as 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.

Além disso, pode ser desenvolvida em grupos, sem custos excessivos, cujos resultados são notórios, estendendo-se a muitas esferas da vida da pessoa, se constituindo em uma abordagem promissora capaz de estimular outra concepção de saúde através do autoconhecimento, do comprometimento e da responsabilidade do indivíduo com o seu bem-estar (KABAT-ZINN, 2003).

Ainda em relação à Meditação, merece destaque a iniciativa de Kabat-Zinn (2003) com a proposição da criação de Grupos de Meditação “Atenção Plena”, estruturada dentro de um Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness*, o MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction). O MBSR além da sua reconhecida capacidade de proporcionar uma melhora da memória e cognição, controle da ansiedade, depressão e melhora do sono este programa tem sido muito

utilizado também para a melhoria da capacidade dos profissionais na sua atuação profissional e na relação com os pacientes (LEONELLI *et al.*, 2012).

Apesar dos inúmeros recursos apresentados para o fortalecimento da Atenção Básica como importante estratégia na construção de novos modos e práticas em Saúde Mental conforme preconizado pela Reforma Sanitária, inúmeros autores tem observado muitos entraves para a resolubilidade do cuidado às pessoas com transtornos psíquicos (BONFIM *et al.*, 2013; PINTO *et al.*, 2012; SOUSA *et al.*, 2011).

Entre os fatores responsáveis por estes entraves estão os encaminhamentos e transferências excessivos, dificuldade de construir um fluxo de referência e contra referência efetivos, precárias infraestrutura das unidades de saúde, resistências dos profissionais para o atendimento a esta demanda e práticas clínicas biomédicas centradas na medicamentação (BONFIM *et al.*, 2013; PINTO *et al.*, 2012; SOUSA *et al.*, 2011).

Reconhecer estas dificuldades é importante, mas não deve servir de desestímulo, pois experiências exitosas também foram identificadas onde o engajamento dos trabalhadores das Equipes da Estratégia Saúde da Família com a Saúde Mental resultou em experiências bem sucedidas, demonstrando ser possível a articulação seguindo os princípios do SUS com os da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013b; CHIAVERINI, 2011; BONFIM *et al.*, 2013; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; MARTINS; BRAGA; SOUZA, 2009)

Estes resultados assinalam para uma falta de uniformidade na execução das ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica, onde se identifica como ponto comum que estas ações ficam na dependência do profissional ou da decisão política do gestor, reafirmando a necessidade dos profissionais apropriarem-se de novas práticas para desenvolverem uma assistência integral e, portanto, destacando a necessidade de investimentos para qualificação dos profissionais (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; MARTINS; BRAGA; SOUZA, 2009).

Tanto que este próprios autores observaram que a melhor estratégia para se conseguir êxito na assistência ao doente mental no PSF foi o investimento na qualificação dos profissionais através de educação e capacitação permanente nesta

área e da existência do apoio matricial, apontando para a necessidade de um maior investimento dos gestores em recursos humanos e estruturais e na sua capacitação profissional, na infraestrutura, criando condições que favoreçam articulação da rede de serviços integrada e que atenda as demandas sociais (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; MARTINS; BRAGA; SOUZA, 2009).

Os inúmeros e variados motivos para o abuso de psicofármacos já descritos anteriormente, nos faz refletir que ao invés de medicalizar os sintomas, atuarem nas causas terá evidentemente maior impacto.

Sendo assim, acredita-se que este estudo com a proposição de atividades voltadas para o estímulo de hábitos e estilo de vida saudáveis, através da promoção de atividades lúdicas e educativas; a organização de Grupos Operativos voltados às necessidades reais dos pacientes e familiares, melhorando o nível de informação da população sobre os diferentes métodos de tratamentos em Saúde Mental, com especial atenção às alternativas não medicamentosas, incentivando a desmedicalização, diminuindo a automedicação e incentivando a corresponsabilização do cuidado; a capacitação da equipe para o manejo adequado dos pacientes da Saúde Mental, incluindo seus familiares e pessoas em risco de desenvolvimento de transtornos mentais e a melhoria do fluxo de atendimento aos pacientes com Transtornos Mentais, possam contribuir efetivamente para a melhoria do cuidado em Saúde Mental na área de atuação da UBSF Jardim Europa II em Uberlândia/MG.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1. Primeiro Passo – Identificação dos Problemas

O Diagnóstico Situacional descrito nas seções anteriores foi realizado com o levantamento de dados secundários para Uberlândia e para a UBSF Jardim Europa II a partir das fontes secundárias como: Dados do censo IBGE (BRASIL, 2015a), Dados IBGE Cidades@ (BRASIL, 2015b), Cadastro de Estabelecimento de Saúde (BRASIL, 2015c); site da Prefeitura Municipal de Uberlândia/MG (UBERLÂNDIA 2013, 2015a, 2015b, 2015c, 2015d), todos disponibilizados em acesso online e registros existentes na UBSF.

Estas informações foram complementadas com entrevistas aos informantes chaves, moradores da comunidade e funcionários mais antigos da unidade de saúde e da observação ativa realizada na vivência na comunidade da área de atuação da UBSF Jardim Europa II, durante as consultas médicas, acolhimento e visitas domiciliares dos ACS, enfermeira e médico, identificando os problemas de saúde mais prevalentes, os seguimentos de tratamento, estilos de vida dos moradores, moradia e nível de escolaridade, dentre outras informações.

Como resultado deste diagnóstico a equipe identificou os seguintes problemas na área de abrangência da UBSF Jardim Europa II:

- Alta prevalência de doenças cardiovasculares
- Alto consumo de psicotrópicos
- Alta prevalência de doenças endócrinas (diabetes e hipotireoidismo)

6.2. Segundo passo – Priorização dos problemas

Uma vez selecionados os problemas a equipe buscou identificar aquele que deveria ser priorizado para uma intervenção. Utilizando-se dos critérios “importância”, “urgência” e “capacidade de enfrentamento” pela equipe e comunidade, classificaram-se os problemas em ordem decrescente de prioridade (Quadro 3).

Quadro 3 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Jardim Europa II. Município Uberlândia. 2015

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto consumo de psicotrópicos	ALTA.	7	PARCIAL	1
Alta prevalência de doenças cardiovasculares	ALTA.	5	PARCIAL	2
Alta prevalência de doenças endócrinas	ALTA.	5	PARCIAL	2

Fonte: Equipe UBSF Jardim Europa II (2015).

O problema priorizado para a elaboração de um plano de ação para a busca de soluções foi “Alto consumo de psicotrópicos” na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II, no município de Uberlândia/MG.

6.3. Terceiro passo – descrição do problema

Apesar de não estar disponíveis dados estatísticos do uso de psicotrópicos nessa Unidade de Saúde, pela vivência clínica e nos relatos da equipe identificou-se que existe um grande número de pacientes com transtornos mentais predominando a ansiedade, a depressão e uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas, ocorrendo também casos de transtorno bipolar, transtorno do pânico e insônia. A elevada procura de pacientes para “renovação de receitas” em uso crônico do medicamento indica uma alta prevalência de pacientes em uso de drogas psicotrópicas, com elevada dependência às mesmas.

Mesmo contando com psiquiatra na área de abrangência, o mesmo vem na UBSF apenas uma vez por mês, não suprimindo a demanda. O acompanhamento da maioria dos pacientes psiquiátricos acaba sendo realizado pelo médico de família e a psicóloga, que frente à sobrecarga da agenda com demanda espontânea, acompanhamento de programas, reuniões, visitas domiciliares e capacitações, muitas vezes termina por se concentrar nas renovações de receitas. Estas receitas são renovadas por muitos anos, sem reavaliação adequada dos casos, caracterizando o acompanhamento como “inadequado” ou mesmo “inexistente” e

indicando um provável uso “abusivo”, ou seja, sem uma continuidade necessária ou mesmo uma indicação precisa.

6.4. Quarto passo – explicação do problema

O próximo passo para uma intervenção mais efetiva é a explicação do problema, entender a sua origem a partir da identificação das suas causas. O alto consumo de psicotrópicos na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II parece estar relacionado a múltiplos fatores.

Observa-se na vivência dos atendimentos e acompanhamentos das famílias que os usuários de psicotrópicos que demandam a UBSF são aqueles que fazem uso abusivo de álcool e/ou tabaco, são deprimidos e/ou ansiosos, a maioria sedentários e obesos ou com sobrepeso, com distúrbio do sono. Em sua maioria estão desempregados ou com subemprego, com dificuldades financeiras e em condições de moradias precária.

Outro fator importante é a falta de uma estruturação no processo de trabalho da equipe da UBSF de modo a garantir um acompanhamento adequado dos casos. Tradicionalmente a atenção à saúde mental na atenção básica limitava-se apenas à renovação de receitas e encaminhamentos para o médico psiquiatra e as consultas com o médico generalista eram agendadas por parte dos usuários somente quando apresentavam algumas reações adversas ao fármaco.

Percebe-se também que há uma descontinuidade na assistência aos usuários já diagnosticados e ausência de prevenção e promoção da população em risco de adoecer por problemas relacionados à saúde mental.

Outra constatação importante para o entendimento da gênese do problema é o desconhecimento dos usuários sobre os riscos e benefícios do uso de psicotrópicos, os efeitos colaterais, os problemas da interação medicamentosa e em especial da possibilidade de alternativas não medicamentosas.

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

O próximo passo consistiu na identificação das causas consideradas mais importantes na origem do problema e que estivessem dentro da governabilidade dos atores responsáveis, considerando que estas causas quando "atacadas" repercutem sobre o problema principal e efetivamente transforma-o (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os "nós críticos" selecionados para o enfrentamento do problema da "Alto consumo de psicotrópicos" na UBSF Jardim Europa II foram:

- Hábitos e estilos de vida: uso abusivo de álcool e/ou tabaco, deprimidos e/ou ansiosos, a maioria sedentários e obesos ou com sobrepeso, com distúrbio do sono. Em sua maioria estão desempregados ou com subemprego, com dificuldades financeiras e em condições de moradias precária.
- Nível de informação: desconhecimento dos usuários sobre os riscos e benefícios do uso de psicotrópicos, seus efeitos colaterais, problemas da interação medicamentosa e em especial da possibilidade de alternativas não medicamentosas.
- Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família: descontinuidade na assistência aos usuários já diagnosticados e ausência de prevenção e promoção da população em risco de adoecer por problemas relacionados à saúde mental, além da não utilização de alternativas de tratamentos não medicamentosos; atenção voltada para a doença; não utilização de ferramentas de abordagem familiar.
- Estrutura dos serviços de saúde: falta de uma estruturação no processo de trabalho da equipe da UBSF de modo a garantir um acompanhamento adequado dos casos. Tradicionalmente a atenção à saúde mental na atenção básica limitava-se apenas à renovação de receitas e encaminhamentos para o médico psiquiatra e as consultas com o médico generalista são agendadas por parte dos usuários somente quando apresentam algumas reações adversas ao fármaco. Dificuldades na interação da rede UBSF, NASF, CAPS, CREAS, CRAS, UAI, HC-UFU, especialmente com a contra-referência.

6.6. Sexto passo: desenho das operações

Para o enfrentamento dos “nós críticos” relacionados ao “Alto consumo de psicotrópicos” a equipe da UBSF Jardim Europa II propôs um desenho de operações descritas no Quadro 4.

Quadro 4 - Desenho das operações para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema “Alto consumo de psicotrópicos” na área de atuação da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II em Uberlândia-MG em 2015.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida	<p>➤ Vida Saudável</p> <p>Promover hábitos e estilos de vida saudáveis.</p>	Aumentar a interação social na comunidade, incluindo os pacientes e seus familiares, estimulando o bom uso do tempo livre.	Atividades lúdico educativas focando estilos de vida saudáveis: nos locais de trabalho, nas escolas, nas ruas, na rádio e na UBSF, com uma abordagem multiprofissional.	<p>Organizacional: seleção dos temas; organização da agenda; organização dos panfletos/ cartilhas/ outras mídias.</p> <p>Cognitivo: conhecimento e capacitação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação.</p> <p>Político: conseguir espaço na rádio universitária; mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino.</p> <p>Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais e outros.</p>
Nível de informação	<p>➤ Menos Remédios</p> <p>Aumentar o nível de informação da</p>	Maior esclarecimento sobre o uso de psicotrópicos, seus benefícios,	Formação de grupos operativos em Saúde Mental.	<p>Organizacional: organizar agenda e pessoal para os grupos operativos.</p> <p>Cognitivo:</p>

	<p>população sobre os métodos de tratamentos em Saúde Mental, com especial atenção às alternativas não medicamentosas, incentivando a desmedicalização; diminuindo a automedicação e incentivando a corresponsabilização do cuidado.</p>	<p>efeitos colaterais e alternativas não medicamentosas.</p>		<p>conhecimento sobre o uso de psicotrópicos, seus benefícios, efeitos colaterais e alternativas não medicamentosas.</p> <p>Político: articulação Inter setorial e multidisciplinar; adesão da população.</p> <p>Financeiro: aquisição de folhetos educativos e recursos áudio visuais.</p>
<p>Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar o problema</p>	<p>➤ Cuidar Melhor</p> <p>Implementar a linha de cuidado para pacientes com problemas de Saúde Mental.</p>	<p>Cobertura de 80% da população com problemas de Saúde Mental.</p> <p>Oferecer uma alternativa para tratamento não medicamentosos.</p> <p>Redução da prevalência de indivíduos em uso de psicotrópicos.</p>	<p>Linha de Cuidado em Saúde Mental implementada.</p> <p>Capacitação da equipe para o manejo adequado dos pacientes em Saúde Mental.</p> <p>Criação de grupos de meditação (Atenção Plena): melhora da memória e cognição, controle da ansiedade e depressão; melhora do</p>	<p>Organizacional: reorganização do processo de trabalho.</p> <p>Cognitivo: conhecimento sobre Linha de Cuidado em Saúde Mental; conhecimento sobre utilização da meditação Atenção Plena.</p> <p>Político: articulação intersectorial, inter disciplinar, adesão dos profissionais e mobilização social.</p> <p>Financeiro: disponibilidade dos materiais necessários e de local adequado para as atividades de</p>

			sono.	relaxamento
Estrutura dos serviços de saúde.	<p>➤ Rede Unida</p> <p>Melhorar o fluxo de atendimento aos pacientes com Transtornos Mentais, incluindo os serviços de PICs.</p>	<p>Garantia de consultas com especialistas em psiquiatria e psicologia.</p> <p>Melhoria do fluxo referencia/ contra referência.</p>	<p>Serviço organizado em rede horizontal de forma integrada e comunicativa em Saúde Mental.</p>	<p>Organizacional: adequação dos fluxos de referência e contra-referência.</p> <p>Cognitivo: conhecimento da rede e fluxos de assistência em saúde mental.</p> <p>Político: articulação entre os setores assistenciais (UBSF; NASF; CAPS, CREAS, CRAS, UAI, HC-UFU, PISCs).</p> <p>Financeiro: garantia das consultas especializadas e de transporte dos usuários.</p>

Fonte: Autoria própria (2015).

Ao se identificar um grande número de pessoas deprimidas e/ou ansiosas, em uso abusivo de álcool e/ou tabaco e/ou psicotrópicos, em sua maioria sedentária e obesa ou com sobrepeso, com distúrbio do sono, desempregados ou com subemprego, com dificuldades financeiras e em condições de moradias precárias, optou-se por uma ação que pudesse ter impacto na maioria destas condições cujo foco se direcionasse aos aspectos positivos da vida.

Neste sentido, a ação proposta foi a de promover hábitos e estilos de vida saudável através da promoção de atividades lúdicas e educativas com a população em geral, mas procurando sempre incluir os pacientes e seus familiares. Optou-se por locais diversificados com objetivo de mostrar que são possíveis hábitos e estilos de vida saudáveis acessíveis e factíveis em diferentes ambientes.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde em seu Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental (BRASIL, 2013 d), o foco das ações em Saúde Mental não deve ser unicamente o sofrimento, pois assim corre-se o risco de

negligenciar aspectos da pessoa que esteja indo bem, que seja fonte de criatividade, alegria e produção de vida, e como consequência, pode-se influenciá-la também a se esquecer de suas próprias potencialidades.

Considerando que há aspectos individuais, grupais e sociais na produção do sofrimento, também as respostas devem focar intervenções nesses diferentes campos. Reforça ainda que ao se deslocar o olhar da doença para o cuidado, para o alívio e a ressignificação do sofrimento e para a potencialização de novos modos individuais e grupais de estar no mundo aponta na direção de concepções positivas de saúde mental (BRASIL, 2013 d).

Merece destaque que não houve a princípio o direcionamento para a organização de atividades como Programa de Caminhada, Grupo de Orientação Nutricional, Grupo de Artesanato, entre outros. A metodologia escolhida foi, a partir dos encontros lúdicos educativos, convidar as pessoas participantes para uma posterior roda de conversa onde este grupo organizará as melhores atividades a serem desenvolvidas considerando a percepção dos próprios participantes e com o envolvimento dos mesmos em sua organização e implementação.

Para o alcance destes objetivos a proposta é o envolvimento de uma equipe multidisciplinar e intersetorial nas discussões e utilização de metodologias de aprendizagem de adultos.

A percepção do desconhecimento dos usuários de psicotrópicos e seus familiares sobre os riscos e benefícios do uso destas drogas, seus efeitos colaterais, problemas da interação medicamentosa, resistência, dependência e, em especial, da possibilidade de alternativas não medicamentosas, identificando como nó crítico “Nível de Informação”, levou a equipe a propor a formação de Grupos Operativos direcionado a estes usuários e seus familiares.

Para a formação destes grupos operativos pretende-se aplicar a teoria e metodologia proposta por Pichon-Rivièr, ampliando o olhar em relação à dinâmica grupal, para que os conteúdos subjetivos, implícitos nas interações dos participantes, mas não verbalizados possam ser trabalhados, de modo a promover um processo que passa fundamentalmente pela diminuição dos medos básicos, com o fortalecimento do Eu e uma adaptação ativa à realidade, e, portanto, com maiores possibilidades do grupo atingir seus objetivos (SOARES; FERRAZ, 2007).

Em relação ao “Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família” frente aos cuidados em Saúde Mental, constatou-se uma descontinuidade na assistência aos usuários já diagnosticados e ausência de prevenção e promoção da população em risco de adoecer por problemas relacionados à saúde mental, além da não utilização de alternativas de tratamentos não medicamentosos, de uma atenção voltada para a doença, da não utilização de ferramentas de abordagem familiar.

Como já descrito anteriormente, a presença do psiquiatra na área de abrangência apenas uma vez por mês não supri a demanda e o acompanhamento da maioria dos pacientes psiquiátricos acaba sendo realizado pelo médico de família e a psicóloga, que frente à sobrecarga de outras demandas muitas vezes a atenção à saúde mental termina por se concentrar nas renovações de receitas e encaminhamentos para o médico psiquiatra. Com isso os problemas são ainda maiores em relação à “Estrutura dos Serviços de Saúde” pelas dificuldades de interação da UBSF com a rede NASF, CAPS, CREAS, CRAS, UAI, HC-UFU, especialmente com a contra-referência.

Neste contexto, não será possível o encadeamento de nenhuma das ações anteriores se não consideramos a necessidade de capacitação da equipe para o manejo adequado dos pacientes da Saúde Mental, incluindo seus familiares e pessoas em risco de desenvolvimento de transtornos mentais e da melhoria do fluxo de atendimento aos pacientes com Transtornos Mentais.

A proposta da implantação da “Linha de Cuidado em Saúde Mental” tendo como referência a Linha Guia “Atenção em Saúde Mental” de Minas Gerais (2006) pressupõe também a capacitação da equipe dentro da lógica do apoio matricial (BRASIL, 2013b; CHIAVERINI, 2011) com fortalecimento da rede de apoio psico social, incluindo a assistência dos serviços das Práticas Integrativas e Complementares (PICs).

Ainda em relação à “Linha de Cuidado” merece destaque a proposta da criação de Grupos de Meditação “Atenção Plena” (KABAT-ZINN, 2003), segundo a proposta do Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness*, o MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction). Além da reconhecida melhora da memória e cognição, controle da ansiedade e depressão, melhora do sono este programa tem sido muito utilizado também para a melhoria da capacidade dos profissionais na sua atuação profissional e na relação com os pacientes (LEONELLI, 20012).

Na primeira ação proposta “Vida Saudável” a atuação principal é na promoção da saúde e do surgimento de transtornos mentais ou de seu agravamento, sendo que na ação “Menos Remédios”, onde as pessoas já estão em uso de psicotrópicos, a ação previne complicações, já nas ações “Cuidar Melhor” e “Rede Unida” com foco na capacitação e qualificação do trabalho da equipe e melhoria na interação e fluxo da rede de apoio pode-se identificar todos os níveis de prevenção, do primário ao quaternário.

A Prevenção Quaternária, definida como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo, para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (JAMOULLE; GOMES, 2014; NORMAN; TESSER, 2009), na verdade este nível de prevenção se aplica a todos os campos da relação médico-paciente, ou mesmo da relação profissional da saúde-paciente, quando se considera a profunda influência das atividades destes profissionais e as crenças do paciente e as interações de ambos os atores do cuidado.

6.7. Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das atividades das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para execução de uma operação e não estão disponíveis e por isso é muito importante que a equipe tenha clareza de quais são, para criar estratégias para viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema “Alto consumo de psicotrópicos” estão descritos no Quadro 5.

Quadro 5 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema “Alto consumo de psicotrópicos” na área de atuação da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II em Uberlândia-MG em 2015.

Operação/Projeto	Recursos críticos
➤ Vida Saudável	Político: conseguir espaço na rádio universitária; mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais e outros.
➤ Menos Remédios	Político: articulação Inter setorial e multidisciplinar; adesão da população. Financeiro: aquisição de folhetos educativos e recursos áudio visuais.
➤ Cuidar Melhor	Político: articulação intersetorial, interdisciplinar, adesão dos profissionais e mobilização social. Financeiro: disponibilidade dos materiais necessários e de local adequado para as atividades de relaxamento
➤ Rede Unida	Político: articulação entre os setores assistenciais (UBSF; NASF; CAPS, CREAS, CRAS, UAI, HC-UFU, PISCs). Financeiro: garantia das consultas especializadas e de transporte dos usuários.

Fonte: Autoria própria (2015).

6.8. Oitavo passo: análise de viabilidade

O oitavo passo leva em consideração que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano, necessitando assim analisar sua viabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) para analisar a viabilidade de um plano, devem ser identificadas três variáveis fundamentais.

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano.

- Quais recursos cada um desses atores controla.
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos.

Em relação à motivação de um ator esta pode ser classificada como “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 6 o desenho das ações para motivação dos atores e viabilização das operações.

Quadro 6 – Propostas de ações para motivação dos atores e viabilização das operações para os “recursos críticos” do problema “Alto consumo de psicotrópicos” na área de atuação da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II em Uberlândia-MG em 2015.

Operação/ Projeto	Recurso críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ações estratégicas
		Motivação		
		Ator que controla	Motivação	
➤ Vida Saudável	Político: conseguir espaço na rádio universitária; mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto e buscar apoio intersetorial das instituições e multiprofissional (comunicadores, psicólogos, assistente social, farmacêutico, educador físico, nutricionista, entre outros).
		Secretaria Municipal de Educação	Indiferente	
		Secretaria Municipal de Assistência Social	Indiferente	
		FUTEL	Indiferente	
		UFU	Indiferente	
	Associação de Bairro/ ONGs, entre outros	Indiferente		
	Financeiro: para aquisição de recursos	Secretaria Municipal de Saúde entre	Indiferente	

	audiovisuais e outros.	outras		
➤ Menos Remédios	<p>Político: articulação Inter setorial e multidisciplinar; adesão da população.</p> <p>Financeiro: aquisição de folhetos educativos e recursos áudio visuais.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentar o projeto e buscar apoio das instituições</p>
➤ Cuidar Melhor	<p>Político: articulação intersetorial, interdisciplinar, adesão dos profissionais e mobilização social.</p> <p>Financeiro: disponibilidade dos materiais necessários e de local adequado para as atividades de relaxamento</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>UFU</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentar o projeto e buscar apoio</p>
➤ Rede Unida	<p>Político: articulação entre os setores assistenciais (UBSF; NASF; CAPS, CREAS, CRAS, UAI, HC-UFU, PISCs).</p> <p>Financeiro: garantia das consultas especializadas e de transporte dos usuários.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentar o projeto e buscar apoio</p>

Fonte: Autoria própria (2015).

6.9. Nono passo: elaboração do plano operativo

A responsabilidade de uma operação só pode ser definida para as pessoas que participam do grupo que está planejando e seu papel fundamental é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas.

A seguir (Quadro 7) estão descritas as ações com seus respectivos responsáveis e os prazos para a execução.

Quadro 7 – Plano Operativo para o enfrentamento do problema “Alto consumo de psicotrópicos” na área de atuação da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II em Uberlândia-MG em 2015.

Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsável	Prazos
<p>➤ Vida Saudável</p> <p>Promover hábitos e estilos de vida saudáveis.</p>	<p>Aumentar a interação social na comunidade, incluindo os pacientes e seus familiares, estimulando o bom uso do tempo livre.</p>	<p>Atividades lúdico educativas focando estilos de vida saudáveis: nos locais de trabalho, nas escolas, nas ruas, na rádio e na UBSF, com uma abordagem multiprofissional.</p>	<p>Apresentar o projeto e buscar apoio intersetorial das instituições e multiprofissional (comunicadores, psicólogos, assistente social, farmacêutico, educador físico, nutricionista, entre outros).</p>	<p>Enfermeira da ESF, técnica de enfermagem e ACS</p>	<p>Dois meses para início das atividades</p>
<p>➤ Menos Remédios</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre os métodos de tratamentos em Saúde Mental, com especial</p>	<p>Maior esclarecimento sobre o uso de psicotrópicos, seus benefícios, efeitos colaterais e alternativas não medicamentos</p>	<p>Formação de grupos operativos em Saúde Mental.</p>	<p>Apresentar o projeto e buscar apoio das instituições</p>	<p>Médica, Enfermeira da ESF e técnica de enfermagem</p>	<p>Início em dois meses</p>

atenção às alternativas não medicamentosas, incentivando a desmedicalização; diminuindo a automedicação e incentivando a corresponsabilização do cuidado.	as.				
<p>➤ Cuidar Melhor</p> <p>Implementar a linha de cuidado para pacientes com problemas de Saúde Mental.</p>	<p>Cobertura de 80% da população com problemas de Saúde Mental.</p> <p>Oferecer uma alternativa para tratamento não medicamentosos.</p> <p>Redução da prevalência de indivíduos em uso de psicotrópicos.</p>	<p>Linha de Cuidado em Saúde Mental implementada.</p> <p>Capacitação da equipe para o manejo adequado dos pacientes em Saúde Mental.</p> <p>Criação de grupos de meditação (Atenção Plena): melhora da memória e cognição, controle da ansiedade e depressão; melhora do sono.</p>	Apresentar o projeto e buscar apoio	Médica da ESF, coordenador da ABS	Início em dos meses para e terminação em 12 meses.
<p>➤ Rede Unida</p> <p>Melhorar o fluxo</p>	Garantia de consultas com especialistas	Serviço organizado em rede	Apresentar o projeto e	Medico da ESF e coordenador	Início em três meses e

de atendimento aos pacientes com Transtornos Mentais, incluindo os serviços de PICs.	em psiquiatria e psicologia. Melhoria do fluxo referencia/ contra referência.	horizontal de forma integrada e comunicativa em Saúde Mental.	buscar apoio	da ABS.	termino em 12 meses.
--	--	---	--------------	---------	----------------------

Fonte: Autoria própria (2015).

6.10. Décimo passo: gestão do plano

O décimo passo consiste em elaborar um sistema de gestão do plano para coordenar e acompanhar a execução das operações, com o objetivo de garantir a utilização eficiente dos recursos, promover a comunicação entre os planejadores e executores e indicar as correções que se fizerem necessárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para esta etapa construiu-se uma planilha (Quadro 8) que será utilizada para acompanhamento da execução das operações.

Quadro 8 - Gestão do plano das ações para o enfrentamento do problema “Alto consumo de psicotrópicos” na área de atuação da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Europa II em Uberlândia-MG em 2015.

➤ Vida Saudável: Promover hábitos e estilos de vida saudáveis.					
Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
Atividades educativas focando estilos de vida saudáveis: nos locais de trabalho, nas escolas, nas ruas, na rádio e na UBSF, com uma abordagem	Enfermeira da ESF, técnica de enfermagem e ACS	Dois meses para inicio das atividades			

multiprofissional.					
<p>➤ Menos Remédios: Aumentar o nível de informação da população sobre os métodos de tratamentos em Saúde Mental, com especial atenção às alternativas não medicamentosas, incentivando a desmedicalização; diminuindo a automedicação e incentivando a corresponsabilização do cuidado.</p>					
Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
Formação de grupos operativos em Saúde Mental.	Médica, Enfermeira da ESF e técnica de enfermagem	Início em dois meses			
<p>➤ Cuidar Melhor: Implementar a linha de cuidado para pacientes com problemas de Saúde Mental.</p>					
Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
<p>Linha de Cuidado em Saúde Mental implementada.</p> <p>Capacitação da equipe para o manejo adequado dos pacientes em Saúde Mental.</p> <p>Criação de grupos de meditação (Atenção Plena): melhora da memória e cognição, controle da ansiedade e depressão; melhora do sono.</p>	Médica da ESF, coordenador da ABS	Início em dois meses para e terminação em 12 meses.			

➤ **Rede Unida:** Melhorar o fluxo de atendimento aos pacientes com Transtornos Mentais, incluindo os serviços de PICs.

Produtos esperados	Responsável	Prazos	Situação Atual	Justificativa	Novos Prazos
Serviço organizado em rede horizontal de forma integrada e comunicativa em Saúde Mental.	Médico da ESF e coordenador da ABS.	Início em três meses e término em 12 meses.			

Fonte: Autoria própria (2015).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste Projeto de Intervenção foi um exercício muito potente de sensibilização e fortalecimento do papel da equipe de Saúde da Família à medida que possibilitou, através da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES): a utilização de forma sistemática e atualizada, dos dados para a análise da situação de saúde; a proposição de atividades priorizando a solução dos problemas de saúde mais frequentes; a prática de um cuidado ampliado e a partir de um trabalho interdisciplinar e em equipe; a promoção do desenvolvimento de ações intersetoriais, ao buscar parcerias e integração de projetos sociais e setores afins; a promoção e estímulo à participação da comunidade no planejamento, na execução e na avaliação das ações; o acompanhamento e avaliação sistemática das ações propostas, visando à readequação do processo de trabalho.

Este método possibilitou a priorização de um problema de forma coletiva e que ações para superá-lo pudessem ser sugeridas com a participação dos atores no processo, com corresponsabilização de todos os envolvidos.

Ao elencar como prioridade para atuação o “alto consumo de psicotrópicos” na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Jardim Europa II no município de Uberlândia/MG, nossa equipe conseguiu identificar inúmeros fatores desencadeantes e/ou agravantes deste problema e várias operações para seu enfrentamento, como a “Vida Saudável”, “Menos Remédios”, “Cuidar Melhor” e “Rede Unida”, compondo o Plano de Intervenção proposto, contemplando ações de promoção à saúde e prevenção de agravos em seus diversos níveis de atuação, com destaque para a prevenção quaternária.

Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se modificar os padrões de consumo de psicotrópicos dos usuários da área de abrangência da UBSF Jardim Europa II e conseguir a adesão desta população para os tratamentos integrativos e complementares para um cuidado ampliado em Saúde Mental.

Propõe-se que este projeto seja levado a outros pontos da rede de saúde de Uberlândia com o objetivo de intensificar as atividades de educação para a saúde com relação a temas de saúde mental e o uso de psicotrópicos, promovendo um cuidado ampliado e integral.

REFERÊNCIAS

ABREU, M.H.N.G.; ACÚRCIO, F.A.; RESENDE, V.L.S. Utilização de psicofármacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais, **Brasil. Rev Panam Salud Pública**, v.1, n.7, p.17-23, 2000.

ALVARENGA, J.M. *et al.* Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). **Rev Bras Psiquiatr.**v.30, n.1. p. 7-11, 31 out. 2007.

AMARANTE, P.C.D. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007

ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev Bras Ciênc Farm**, v.40, n.4, p.471-79, 2004.

ARRAIS, P.S.D. *et al.* Aspectos do processo de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 927-37, abr 2007.

AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, n. 1, p. 24-31, 2004.

BARROS, J. A. C. Nuevas tendencias de la medicalización. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13 (supl.), p. 579-87, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s0/a07v13s0.pdf>> Acesso em: 28 ago 2015.

BASQUEROTE, M. *et al.* Benzodiazepínicos: causas para o uso e consequências na vida da população. In: **Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, v.1, n.1, 2012. Disponível em:< <http://www.cmfc.org.br/sul/article/view/52>> Acesso em: 27 fev 2015.

BENTZEN, N. **WONCA International Dictionary for General/Family Practice**. Copenhagen, Denmark: Laegeforeningens Forlag, 2003.

BEZERRA, I.C. *et al.* “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. . **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.48, n.18, p. 61-74, 2014.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2001. 304p.

BOISVERT, C.M.; FAUST, D. Iatrogenic symptoms in psychotherapy. A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. **Am J Psychother**, v.2, n.56, p.244-59, 2002.

BONFIM, I.G.. *et. al.* Apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface**, v.45.n.17, p.287-300, 2013.

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 09 de abr 2001.

_____. Ministério da Saúde. Lei 10.708 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 01 de ago 2003 (a).

_____. Ministério da Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 20 de set 1990.

_____. 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 (b).

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa “De Volta para Casa”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 (c). 18 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005.

_____. 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 (a). 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.(Série E. Legislação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, Ministério da Saúde, 2013 (d). 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60 p.(Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria n° 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: MS; 2006 (b). (Série B. Textos Básicos em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (b). 20 p.(Série B. Textos Básicos de Saúde)

BUENO, J.R. Emprego clínico, uso indevido e abuso de Benzodiazepinas: Uma revisão. **Revista Debate em Psiquiatria**, v.2, n.3, p 6-11, 2012.

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.

CARVALHO, A.L; COSTA, M.R; FAGUNDES, H. **Uso racional de psicofármacos**. Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde, Coordenação de Programas de Saúde Mental-CPSM/SMS. Rio de Janeiro. v.1, n.1, 2006, p. 1-6. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/289.pdf> . Acesso em: 23 de dez. 2015.

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, 2011, 235 p.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v.6, n.45, p.1501-06, 2011. Disponível em: < www.ee.usp.br/reeusp/> Acesso em: 21 ago 2016.

CUBA, M.Á.S. Prevención cuaternaria em medicina familiar/general. **Rev Med La Paz**, v.2, n.19, p.67-72, Jul-Dic 2013.

CRUZ, A.V. *et al.* Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. **Rev Ciênc Farm Básica Apli**, v.27, n.3, p.259-67, 2006.

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, v.6, p. 1-18, 2011.

DE LAS CUEVAS. C.; SANZ, E.J. Controversial issues associated with the prescription of benzodiazepines by general practitioners and psychiatrists. **Med Sci Monit**, v.7, n.10, p.288-93, 2004.

FACURY, A.P.M. **A saúde mental na Estratégia de Saúde da Família Dr. Roberto Andrés** – Entre Rios de Minas. 2010. [Monografia]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

FERRAIRÓ, R.E. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de la salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. **Aten primaria**, v.2, n.25, p.97-100, 2000.

FERRARI, C.K.B. *et al.* Falhas na Prescrição e Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos: Um problema de Saúde Pública. **Rev Ciênc Farm Básica Apli**, v.34, n.1, p.109-116, 2013.

FERRAZZA, D.A. *et al.* A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paidéia**, v. 20, n. 47, p.381-90, set-dez 2010.

FIRMINO, K.F. **Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/prescrição no município de Coronel Fabriciano**, MG, 2006. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.

FONSECA, M.L.G.; GUIMARÃES, M.B.L.; VASCONCELOS, E.M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 285-94, jul-set 2008.

FUENTES, M.S.C. *et al.* Actitudes, percepciones y conocimientos sobre la prevención cuaternaria entre médicos de familia del Seguro Social de Perú: estudio descriptivo transversal. **Medwave**, v.3, n.16, abr 2016. Disponível em: <<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6433.act>> Acesso em 22 ago 2016.

GALDUROZ, J. C. F. *et al.* Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 cidades maiores no país – 2001. **Rev Latino-am Enferm**. v. 13, n. especial, p. 888-95, 2005.

- 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. 535-40, maio, 2003.
- GENTIL, V. *et. al.* Clomipramine-induced mood and perceived performance changes in selected normal individuals. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v.27, p.314-15, 2007.
- GÉRVAS, J.; GAVILÁN, E; JIMÉNEZ, L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. **AMF**, v.6, n.8, p.312-17, 2012.
- GERVAS, J. Malicia Sanitaria y Prevención cuaternaria. **Gac Med Bilbao**, v.104, p.93-6, 2007.
- HOFMANN, S.G, *et. al.* The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review . **J Consult Clin Psychol**. v.78, n.2, p. 169-83, abril 2010.
- IGNÁCIO, V. T. G.; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: Um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia e Sociedade**, v.3, n.19, p.88-95, 2007.
- JAMOULLE M, GOMES LF. Prevenção Quaternária e limites em medicina. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.31, n.9, p. 186-91, 2014.
- JAMOULLE, M. Quaternary prevention: first, do not harm. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.35, n.10, p.1-3, 2015.
- KABAT-ZINN, J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). **Construct Hum Sci**. v.8, p.73-107, 2003.
- LEON, J. *et. al.* The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. **J Clin Psychiatry** , v.9, n.63, p.812-16, 2002.
- LEONELLI, L.B. *et. al.* Efeitos da meditação em profissionais da Atenção Primária à Saúde: uma revisão da literatura. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v.7, Supl1, p. 42, jun.2012.
- MARTINS, A.K.L.; BRAGA, V.A.B.; SOUZA, A.M.A. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfico. **Rev. Rene**, v. 10, n. 4, out-dez 2009.
- MATTIONI, L.T. Prevalência no uso de benzodiazepínicos em uma população assistida por Programa de Saúde da Família. **Contexto Saúde**, v.8, n.5, p.43-50, 2005.
- 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, n. especial, p. 1207-12, 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Linha Guia de Saúde Mental. 1.ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006, 238p.

_____. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – **Redes de Atenção a Saúde e Regulação Assistencial**. Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2011.

MONTEIRO, V.F.F. **Perfil dos medicamentos ansiolíticos atendidos na farmácia municipal do município de Campos dos Goytacazes - RJ no ano de 2008**. [Monografia]. Campos de Goytacazes: Faculdade de Medicina de Campos; 2008.

NETTO, M.U.; FREITAS, O.; PEREIRA, L.R.L. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto. **Rev Cienc Farm Básica Apl**, v.33, n.1, p. 77-81, 2012.

NORDON, D.G. *et. al.* Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev Psiquiatr RS**. v.31, n.3, pp. 152-58, 2009.

NORMAN, A.H.; TESSER, C.D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-20, set. 2009 .

OLFSON, M. *et. al.* National trends in the outpatient treatment of depression. **Jama**, v.2, n.287, p.203-209, 2002.

ORLANDI, P.; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev. Lat Am Enferm.** Ribeirão Preto, v.13, n. spe, p.896-902, set-out 2005.

ORTIZ LOBO, A. **Hacia una psiquiatría crítica**. Madrid: Editorial Grupo 5, 2013, 346 p.

ORTIZ LOBO, A.; BERNSTIN, J. Excesos y alternativas de la salud mental en atención primaria. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.35, n.10, p. 1-9, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1055](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1055) > Acesso em: 24 ago 2016.

PASSOS, G.S. *et. al.* Tratamento não farmacológico para a insônia crônica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.29, n.3, São Paulo, p. 279-82, Sept. 2007.

PINTO, A.G.A. *et. al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Cienc Saude Colet.**, v.3, n.17, p.653-660, 2012.

RABELLO, E.T.; CAMARGO JÚNIOR, K.R. Drug advertising: health as a consumer product. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.357-67, abr-jun 2012.

RODRIGUES, M. A. P. **Modificações no Padrão de Consumo de Psicofármacos em uma cidade do Sul do Brasil. 2004.** 133 f. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina. Pelotas, 2004.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L.A.; LIMA, M.S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.1, n.40, p. 107-14, 2006.

SANTOS, *et al.* Possíveis interações medicamentosas com psicotrópicos encontradas em pacientes da Zona Leste de São Paulo. **Rev Ciênc Farm Básica Apli**, v.3, n.30, p.285-89, 2009.

SEBASTIÃO, 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.250-66, 2004.

SILVA, R. *et al.* Dispensação de benzodiazepínicos em quatro drogarias no setor central do município de Goiânia – GO. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 2, n.2, pp. 187-89, 2005. Suplemento. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/REF/article/download/2010/1978> Acesso em: 20 ago 2015.

SOARES, S.M.; FERRAZ. A.F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde, sistematização de fundamentos e metodologia. **Esc. Anna Nery**, v.1, n.11, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000100007>> Acesso em: 28 ago 2015.

SOUSA, F.S.P. *et al.* Tecendo rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis**, v.4, n.21, p.1579-1599, 2011.

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

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

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

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

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

YATES, K.T.; CATRIL, M.P. Tendencias en la utilización de benzodiazepinas en farmacia privada. **Rev chil neuro-psiquiatr.** Santiago, v.47, n.1, p. 9-15, mar. 2009.