

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

ALEXEY RODRIGUEZ VAZQUEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR O USO DE
DROGAS E PSICOTROPICOS EM PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA
SAÚDE DA FAMÍLIA CORCETTI DO MUNICIPIO DE VARGINHA**

Varginha / MG
2016

|

ALEXEY RODRIGUEZ VAZQUEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR O USO DE
DROGAS E PSICOTROPICOS EM PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA
SAÚDE DA FAMÍLIA CORCETTI DO MUNICÍPIO DE VARGINHA**

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: Profa. Palmira de Fátima Bonolo

Varginha / MG
2016

|

ALEXEY RODRIGUEZ VAZQUEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR O USO DE
DROGAS E PSICOTROPICOS EM PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA
SAÚDE DA FAMÍLIA CORCETTI DO MUNICIPIO DE VARGINHA**

Banca examinadora

Examinadora 1: Profa. Palmira de Fátima Bonolo, Universidade Federal de Minas Gerais

|

Examinador 2: Prof. Maria Auxiliadora Guerra Pedroso, Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de maio de 2016.

DEDICATORIA

Dedico esta revisão a Unidade Básica de Saúde da Família Corcetti, pela ajuda recebida, e por contribuir para minha formação para ser um melhor Profissional. Além disso, quero dedicar este trabalho a todas aquelas pessoas que sofrem de doenças mentais e que são incompreendidas pela sociedade.

AGRADECIMENTOS

- Primeiramente agradeço a Deus, que tem o controle de tudo.
- À minha família maravilhosa pela sua compreensão e paciência, nestes anos que estou longe deles.
- Aos professores, colegas de curso e de trabalho pela ajuda.
- Agradeço a todos que fizeram parte deste projeto.

RESUMO

Embora ainda haja muito por aprender, já temos os conhecimentos e a capacidade necessária para reduzir a carga dos transtornos mentais e comportamentais no mundo. É fundamental um diagnóstico objetivo correto, bem como a escolha do tratamento apropriado. O tratamento apropriado de transtornos mentais e comportamentais implica o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais de uma forma clinicamente significativa e integrada. O manejo de condições específicas consiste em intervenções nas áreas de prevenção, tratamento e reabilitação. O objetivo principal deste trabalho foi o de elaborar um plano de ação sobre o consumo de drogas e psicotrópicos focados nos transtornos mentais que acometem a pacientes de nossa área de abrangência. Elaborou-se, primeiramente, pesquisa bibliográfica nas bases de dados da LILACS, BVS e MEDLINE, além de livros de psiquiatria, com os descritores: Sistema Único de Saúde , Atenção Primária à Saúde , Saúde Mental , Psicotrópicos, Uso abusivo das drogas e psicotrópicos. Espera-se com a implantação do plano de ação baseada no Planejamento Estratégico Situacional diminuir a prescrição e o uso de psicofármacos para a população atendida na Unidade Básica de Saúde da Família Corcetti.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Psicotrópicos, Usuários de drogas.

ABSTRACT

Although there is still much to learn, we already have the knowledge and capacity to reduce the burden of mental and behavioral disorders worldwide. It is important to have a right diagnosis goal, and the right treatment. The appropriated treatment of mental disorders and behavioral implies the rational use of pharmacological interventions, psychological and meaningful and integrated clinical. The management of specific conditions consists of interventions in prevention, treatment and rehabilitation. The main objective of this study was to develop a plan of action on the consumption of drugs and focused psychotropic mental disorders that affect the patients in our coverage area. It was prepared, first, literature search in the databases LILACS, BVS and MEDLINE, and psychiatry books with the key words: Unified Health System, Primary Health Care, Mental Health, Pharmacotherapy, abusive use of drugs and psychotropic substances. We hoped that the action plan's implementation based on the Situational Strategic Planning decrease the prescription and use of psychotropic drugs for the population in the Basic Health Family Unit Corcetti.

Key words: National Health System, Primary Health Care, Mental Health, Psychotropic Drugs, Drug Users.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

CID - Código Internacional das Doenças

ESF - Estratégia da Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMAO - Inibidores da Monoamino Oxidase

ISRS - Inibidores Seletivos da Recaptura de Serotonina

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

OMS - Organização Mundial da Saúde

PARO - Paroxetina

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa da Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SOC - Sintomas Obsessivos Compulsivos

TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Identificação do município.....	10
1.2 Diagnóstico social territorializado.....	10
1.3 Unidade Básica Saúde da Família Corcetti.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO GERAL.....	16
3.1 Objetivos específicos.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

Varginha é uma cidade brasileira localizada na região sul de Minas Gerais. O município é um dos principais centros de comércio e produção de café do Brasil e do mundo. Varginha possui uma área de 396 km² e é a terceira cidade mais populosa do Sul de Minas. A altitude máxima é 1.239m, no morro do Chapéu, e a altitude mínima é de 868m, na foz do córrego Tijuco, sendo que o município está localizado na bacia do rio Grande. A população é de 125.208 habitantes com 38,3 mil domicílios (BRASIL, 2014).

O setor terciário ocupa 53,2% do total da população economicamente ativa, o setor secundário ocupa 34,3% e o setor primário 12,5%. O município possui o maior Produto Interno Bruto (PIB) da região e um dos maiores do estado de Minas Gerais. A região Sul de Minas é considerada uma região próspera com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado e baixo índice de desigualdade social (BRASIL, 2014).

1.2 Diagnóstico social territorializado

O Diagnóstico Social de Varginha apresenta um conjunto de 75 indicadores sobre a situação da população residente na cidade e seu acesso a políticas públicas, além de dados sobre a existência de creches, escolas, unidades de saúde e de assistência social em cada região. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade foi dividida em 19 regiões urbanas mais a zona rural, o que permitiu a análise das desigualdades existentes e a identificação dos territórios de maior prioridade.

Para a definição dos territórios prioritários foi elaborado o Mapa Social que apresenta as 19 regiões classificadas em ordem crescente de vulnerabilidade. De acordo com os resultados desse diagnóstico, as áreas de maior prioridade no município são: Vargem (inclui São Sebastião, Sagrado Coração), Parque Rinald (inclui também Jardim Áurea), Padre Vitor (inclui São Francisco e Sion) e Santa

Terezinha (inclui Industrial JK, Industrial Miguel de Luca, Nova Varginha). No segundo grupo de menor prioridade tem-se: Fátima (inclui Jardim Orlandia, Vila Adelaide, Vila Martins e Vila Murad), Corcetti (inclui também Jardim Estrela), Carvalhos e Barcelona (inclui Vila Registânea).

Esse conjunto total de regiões apresenta três grandes núcleos, nos limites Leste, Oeste e Norte da cidade. A unidade de saúde Corcetti é a unidade na qual este trabalho foi desenvolvido. O Quadro 1 apresenta as regiões, população e domicílios (Quadro 1).

Quadro 1 – Grupos de prioridade, áreas, populações e domicílios, Varginha

Grupo	Área	População	Domicílios
1	Vargem	2.921	833
1	Parque Rinald	3.273	906
1	Padre Vitor	13.593	3.906
1	Santa Terezinha	3.251	900
Subtotal	-	23.038	6.545
2	Fátima	5.765	1.824
<u>2</u>	<u>Corcetti</u>	<u>6.138</u>	<u>1.721</u>
2	Carvalhos	1.819	431
2	Barcelona	7.767	2.295
Subtotal	-	21.489	6.271
Total	-	44.527	12.816

Fonte: PREFEITURA DE VARGINHA, 2016

1.3 Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) Corcetti

A Unidade Básica Saúde da Família divide-se em seis microáreas e faz divisa com os bairros Mont Serrat e Pinheiros. A UBSF Corcetti atende a zona urbana e rural e tem seis sítios e seis fazendas. Possui uma área de abrangência com 4.302 habitantes cadastrados, residentes dos bairros Jardim Corcetti I, II e III, Jardim Estrela I, II e Zona rural.

Entre os serviços prestados à população destacam-se:

- ✓ Atendimento à saúde da criança;
- ✓ Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 1 ano e três meses de idade;
- ✓ Imunização segundo o calendário básico de vacina;
- ✓ Atendimento à saúde da mulher;
- ✓ Exames de prevenção do câncer do colo do útero;
- ✓ Exame clínico das mamas;
- ✓ Pré-natal de baixo risco;
- ✓ Consulta puerperal;
- ✓ Acompanhamento da menopausa;
- ✓ Atendimento à saúde do adulto e idoso;
- ✓ Atendimento ao paciente com doença mental;
- ✓ Controle de hipertensão arterial e diabetes;
- ✓ Controle das doenças de notificação compulsória;
- ✓ Realização de procedimentos (curativos, injeções, retirada de pontos, controle de peso);
- ✓ Atendimento à saúde bucal;
- ✓ Educação em saúde (gestantes, hipertensos, diabéticos e mães);
- ✓ Dispensação de medicamentos;
- ✓ Visita domiciliar.

A equipe da UBSF Corcetti é constituída por um enfermeiro que é o gerente responsável por planejar e supervisionar o trabalho, pela assistência, visita domiciliar, grupos de educação em saúde, acolhimento, procedimentos, busca ativa, triagem, entre outros. O médico generalista é o responsável por cuidar, dar assistência à comunidade, acolhimento, visita domiciliar, consultas, atendimento e educação em saúde promovendo mais qualidade de vida.

Os agentes comunitários de saúde prestam acolhimento, acompanhamento mensal das famílias, visitas domiciliares, agendamento de consultas, educação em saúde (grupo), mobilização a comunidade através de reuniões, acompanhamentos e buscas ativas de hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças. O auxiliar de enfermagem presta o acolhimento, realiza pré-consulta, controle de hipertensos e

diabéticos, grupo educação em saúde, visitas domiciliares e procedimentos em geral, tais como: curativo, retirada de pontos, injeções, entre outros.

O dentista presta atendimento à comunidade e escolares, dentro dos programas existentes, realizando atividades curativas e preventivas (palestra educativas, escovação supervisionada) e visitas domiciliares. O auxiliar de dentista é responsável pela esterilização, biossegurança do consultório odontológico e visitas domiciliares. O nutricionista presta acolhimento, visitas domiciliares, consultas e orientações, assistência curativa e preventiva e grupos de educação em saúde. O fisioterapeuta faz acolhimento, visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, assistência curativa e preventiva, consultas, orientações e acompanhamento aos pacientes em tratamento.

O psicólogo faz atendimentos individuais, educação continuada e atendimentos em grupos. A fonoaudióloga atende toda a demanda do matriciamento com atendimento diferenciado e contínuo para toda população e também para a demanda espontânea. O profissional de educação física trabalha com grupos e realiza atividades com a população. A assistente social complementa as visitas domiciliares com auxílio sobre bolsa família, com os cuidados dos idosos solitários e dificuldades sociais da população. O farmacêutico faz o acolhimento, orientações, entrega de medicamentos e organização dos mesmos. O auxiliar de limpeza é o responsável pela organização e limpeza da unidade.

O centro de saúde Corcetti foi construído em 2008 para atender melhor os usuários. Essa unidade encontra-se distribuída em área de recepção, sala de vacina, uma farmácia, sala de curativos e inalação, sala dos agentes comunitários de saúde, sala de pré-consulta e o acolhimento com quatro consultórios sendo um deles do dentista.

Assim nossa unidade encontra-se conformada por uma equipe de saúde da família, uma equipe de saúde bucal, um médico clínico geral, um pediatra, um ginecologista, duas técnicas em enfermagem, uma enfermeira, um psicólogo, um nutricionista, uma fonoaudióloga, um profissional de educação física e uma auxiliar de dentista e uma auxiliar de serviços gerais. Apesar da falta de materiais, pessoal, etc, nossa unidade

atualmente está adequadamente equipada e conta com os recursos necessários para o desenvolvimento do trabalho da nossa equipe.

O funcionamento da unidade vai desde segunda feira até sexta feira, das 7h00 até 17h00. O tempo da nossa equipe está ocupado, com o atendimento de pré-natal, preventivo de câncer de mama e colo do útero, atendimento clínico individual, visita domiciliar, organização da equipe, organização da agenda médica e a maior parte dele ao atendimento da demanda espontânea.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pelo elevado número de indivíduos que utilizam drogas ilícitas e psicotrópicas em nossa comunidade, o que incrementa consideravelmente a morbidade e mortalidade de nossa população, assim como uma precária qualidade de vida.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para realizar um Projeto de Intervenção que ajude a diminuir o consumo de drogas e psicotrópicos em indivíduos de nossa comunidade, portanto a proposta é viável.

Este trabalho se justifica pelo elevado número de indivíduos que abusam das drogas e psicotrópicos em nossa comunidade, o que incrementa consideravelmente a morbidade e mortalidade nossa população, assim como uma precária qualidade de vida. Aprofundar os conhecimentos a respeito dos psicofármacos é de extrema importância para os trabalhadores da atenção primária à saúde e, em especial, para o médico da equipe de saúde.

Diante desse contexto e por ocasião da realização do diagnóstico situacional da nossa área de abrangência, percebeu-se a grande demanda e uso de psicofármacos pelos usuários da atenção primária o que suscitou a necessidade de realizar este estudo e a importância de pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Elaborar um Projeto de Intervenção para reduzir o consumo de drogas e psicotrópicos em pacientes da UBSF Corcetti no município Varginha.

Objetivos específicos:

- ✓ Realizar revisão da literatura sobre o tema de uso e abuso de drogas lícitas, ilícitas e psicotrópicos;
- ✓ Realizar ações de educação em saúde para mudanças de hábitos, estilos de vida e redução do risco;
- ✓ Ampliar o processo de trabalho da equipe da Saúde da Família.

4 METODOLOGIA

O trabalho contou com a participação dos profissionais de saúde e população adscrita na UBSF Corcetti, no município de Varginha. Participaram deste Projeto os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e agentes de saúde em parceria com a secretária de saúde do município.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de Iniciação Científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema (CAMPOS et al, 2010).

Para coletar as informações sobre o município de Varginha e Unidade Básica Saúde da Família Corcetti, foi consultada as bases de dados: Estratégia em Saúde da Família Corcetti, Varginha MG e o Plano municipal de Saúde.

Para a elaboração deste trabalho foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de Bibliotecas Virtuais em Saúde (BVS), Biblioteca Digital da UFMG, nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), do *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) outros dados foram obtidos da secretaria municipal de saúde de Varginha, do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), de livros de Psiquiatria e outros arquivos da equipe de saúde da família.

Os descritores que foram utilizados nesse trabalho: Sistema Único de Saúde à Saúde, Saúde Mental, Psicofármacos, Número elevado de indivíduos que abusam das drogas e psicotrópicos.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os transtornos mentais causam impacto no nível do indivíduo e das populações e devido a sua morbidade, perda funcional e redução considerável da qualidade de vida, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem a Rede de Atenção Psicossocial. O estudo *Global Burden of Disease*, conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 1990, avaliou o impacto de 130 condições de saúde mais prevalentes em termos de morbidade e mortalidade de 54 países. Os resultados apontaram que do total de anos vividos com incapacidade, 30,8% eram decorrentes de transtornos mentais. O mesmo estudo mostra que entre as dez primeiras causas de anos vividos com incapacidade no mundo sete são transtornos mentais. A partir desta informação políticas públicas foram conduzidas para minimizar os efeitos avaliados.

Portanto, tendo em vista a alta prevalência de transtornos mentais e o impacto considerável na vida dos indivíduos afetados, tem-se desenvolvido políticas públicas na área. Para tanto se fez necessário dispor de informações adequadas a fim de se realizar uma análise situacional sobre a situação das pessoas vivendo com transtorno mental. O uso racional dos recursos disponíveis tornou-se imprescindível como também a busca por ferramentas que auxiliassem as políticas e a gestão da atenção psicossocial (GONÇALVES & KAPCZINSKI, 2008).

A vigilância em saúde, mais especificamente os estudos epidemiológicos em saúde mental propiciam compreender a prevalência dos transtornos mentais, bem como os fatores associados com a maior morbidade entre populações, podendo assim avaliar e atuar mais claramente em suas consequências em nível individual, familiar e social (GONÇALVES & KAPCZINSKI, 2008).

A atenção à saúde no seu atributo de integralidade tem a saúde mental como um eixo fundamental. O estado de depressão, por exemplo, inicia um ciclo de mudanças adversas no organismo, especialmente no sistema endocrinológico

e imunitário podendo gerar maior susceptibilidade para uma série de doenças. Sabe-se, por exemplo, que existe uma relação entre o estresse e o desenvolvimento do resfriado comum (COHEN et al., 1991) e que o estresse retarda o fechamento de feridas (KIELCOT-GLASER et al., 1999).

A definição de uma vida saudável de cada pessoa depende da sua saúde mental. Pesquisas apontam que jovens com transtornos psiquiátricos, como a depressão e a dependência de substâncias, por exemplo, têm mais probabilidades de praticar formas de comportamento sexual de alto risco, em comparação com os que não têm transtornos psiquiátricos. Isso os coloca em risco de uma série de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV/aids (RANRAKHA et al., 2000). Ainda, está demonstrado que o uso de drogas antes dos 15 anos de idade acusa alta associação com o desenvolvimento do abuso das drogas e do álcool na idade adulta (JAFFE, 1995).

A Atenção Básica, em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem papel fundamental na reestruturação e reorganização dos serviços dos municípios, pois segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010-b), as queixas psiquiátricas são a segunda causa de procura por atendimento na atenção básica, sendo as mais comuns: depressão, ansiedade, fobias, alcoolismo, entre outras .

Embora a promoção da saúde mental para todos os membros da sociedade seja evidentemente uma meta importante, ainda há muito que aprender sobre como atingir esse objetivo. Por outro lado, existem hoje intervenções eficazes para toda uma série de problemas de saúde mental. A ciência mostra, por exemplo, que a exposição a estressores durante o desenvolvimento inicial está associada com a hiper-reatividade cerebral persistente e o aumento da probabilidade de depressão numa fase posterior da vida (HEIM et al., 2000).

Apesar de que os transtornos mentais causarem sofrimento para o indivíduo e sua família e terem implicações clínicas, pelo menos um terço dos pacientes

por eles acometidos não é reconhecido pelo médico da atenção primária (MARANGO et al ., 2006)

Para Silveira e Vieira (2009), em muitos transtornos, os medicamentos são o tratamento preferencial, como na esquizofrenia, no transtorno bipolar, em depressões graves ou no controle de ataques de pânico. Em outros, como nas fobias específicas, transtornos de personalidade as psicoterapias podem ser a primeira opção. E em muitas situações o ideal talvez seja a combinação de ambos os métodos.

O uso abusivo de psicofármacos tem sido descrito com um aumento alarmante de prescrições na Atenção Primária da Saúde. A utilização de psicotrópicos tem crescido nas últimas décadas. Sua disponibilidade aos pacientes com doença mental permanece sendo um problema. Por outro lado, é crescente a preocupação quanto ao uso abusivo desses medicamentos devido aos riscos de dependência e de efeitos colaterais dos mesmos.

Esse crescimento tem sido atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, a introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes. Desde 1988, com a introdução da fluoxetina, a primeira de uma nova classe de antidepressivos, os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (SSRIs), houve um grande aumento na prescrição desses medicamentos.

A depressão se caracteriza por tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição da energia. Outros sintomas são a perda de confiança e autoestima, o sentimento injustificado de culpa, ideias de morte e suicídio, diminuição da concentração e perturbações do sono e do apetite. Podem estar presentes também diversos sintomas somáticos. Embora os sentimentos depressivos sejam comuns o diagnóstico de transtorno depressivo se faz somente quando os sintomas atingem certo limiar e perduram por pelo menos duas semanas. A depressão pode variar em gravidade, desde a depressão

branda até a muito grave. A depressão é mais comum no sexo feminino do que no masculino. (OMS, 2000; ESTEVES et al. , 2010). Segundo Matheney e Topalls (2000), depressão é um estado de humor.

Entre os transtornos mentais, a depressão é apontada como uma das epidemias do século com estimativas de 20% da população acometida. A vida atribulada com as rápidas mudanças socioeconômicas das últimas décadas tem gerado no homem uma série de problemas e o aumento de doenças mentais parece ter a ver com essas mudanças (PEREIRA, 2003). Na população geral, a depressão tem prevalência em torno de 15% (KAPLAN et al., 2006); em idosos situa-se entre 2% a 14% (EDWARDS, 2003) e em idosos que residem em instituições, a prevalência da depressão chega a 30% (PAMERLEE; LAWTON , 2006) .

Segundo Merk (2000), os antidepressivos tais como a amitríptilina doxepina, em razão de suas fortes propriedades anticolinérgicas e sedativas não são a melhor escolha para pessoas idosas. Os ISRS (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) constituem a primeira escolha, sobretudo, citalopram e sertralina (DRAPER; BERMAN, 2008). Entre os medicamentos dessa categoria, a paroxetina e a fluoxetina tem sido os dois mais estudados na população idosa (KIRBY & AMES, 2001).

O Citalopram é indicado para o tratamento de depressão e prevenção de recaída ou recorrência; de transtornos do pânico com ou sem agorafobia e em transtorno obsessivo-compulsivo (SEITZ et al., 2010). Lançado em 2001, o escitalopram é um derivado do citalopram com maior poder de ação (LENZE et al., 2011). O bupropiona não possui efeitos anticolinérgicos, anti-histamínicos, cardiovasculares e não causa hipotensão ortostática. Também não causa sedação ou disfunção sexual (SCHWEIZER et al., 1998) . Pode causar *rash* cutâneo e tem potencial epileptogênico, principalmente em altas dosagens (RUBINO et al., 2007). Os inibidores da monoamino oxidase (IMAO), atuam inibindo a enzima que degrada as aminas neurotransmissoras, e possuem a mesma eficácia dos tricíclicos e outros antidepressivos. Seus efeitos

colaterais mais comuns são insônia e hipotensão ortostática (ROSENBERG et al. , 2007).

Os transtornos mentais e comportamentais resultantes do uso de substância psicoativa incluem transtornos devidos ao uso de álcool, opiáceos como ópio ou heroína, canabinóides como maconha, sedativos e hipnóticos, cocaína, outros estimulantes, alucinógenos, fumo e solventes voláteis. As condições são intoxicação, uso nocivo, dependência e transtornos psicóticos. A síndrome de dependência envolve o desejo pronunciado de tomar a substância, a dificuldade de controlar o uso, estados de supressão fisiológica, tolerância, descaso de outros prazeres e interesses e uso persistente não obstante os danos causados à própria pessoa e aos outros. Embora com variações regionais, o fumo e o álcool são as substâncias de maior uso no mundo em geral e as que têm as mais graves consequências para a saúde pública.

Esquizofrenia é um transtorno grave que começa mais frequentemente perto do fim da adolescência ou no início da idade adulta. Caracteriza-se por distorções fundamentais do pensamento e da percepção e por emoções impróprias. O transtorno envolve as funções mais básicas que dão à pessoa normal um senso de individualidade, singularidade e autodireção com consequências sociais negativas. Observa-se esquizofrenia em proporções iguais entre os sexos, embora tenda a ocorrer mais tarde em mulheres, que tendem também a ter melhor evolução e melhores resultados dessa doença (PRIEBE et al., 2001).

Na esquizofrenia, a duração da psicose não tratada vem tendo a sua importância confirmada. As demoras no tratamento têm probabilidade de acarretar resultados piores (McGONY, 2000). Atualmente, não é possível a prevenção primária da esquizofrenia. Recentemente, porém, esforços de pesquisa concentram-se no aperfeiçoamento de meios de detectar pessoas em risco de esquizofrenia em etapas muito precoces ou mesmo antes da sua manifestação inicial. A detecção precoce aumentaria as probabilidades de intervenção oportuna, diminuindo positivamente o risco de uma evolução

crônica ou de sequelas residuais graves (McGORRY, 2000).

O tratamento de esquizofrenia tem três componentes principais: medicamentos para aliviar os sintomas e evitar a recidiva; a educação e as intervenções psicossociais; a reabilitação ajuda os pacientes a se reintegrarem na comunidade e a recuperar o funcionamento educacional e ocupacional (OMS, 1999). Utilizam-se atualmente dois grupos de drogas no tratamento de esquizofrenia: antipsicóticos padrão (antes denominados neurolépticos) e antipsicóticos novos (também denominados antipsicóticos de segunda geração ou “atípicos”).

Nos países em desenvolvimento, a resposta ao tratamento é mais positiva, a dosagem de medicamentos é mais baixa e a duração do tratamento é menor. Na atenção total do paciente, é importante o apoio da família. Alguns estudos mostraram que a combinação de medicação regular, educação e apoio da família podem reduzir as recidivas para menos de 10% (DIXON et al., 2000; PHARAO et al., 2000).

A doença de Alzheimer é uma doença degenerativa primária do cérebro. A demência na doença de Alzheimer é classificada como transtorno mental e comportamental. Caracteriza-se por declínio progressivo de funções cognitivas como a memória, o pensamento, a compreensão, o cálculo, a linguagem, a capacidade de aprender e o discernimento. Diagnostica-se demência quando esses declínios são suficientes para prejudicar as atividades pessoais da vida diária. A doença de Alzheimer tem um início insidioso, com deterioração lenta. Essa doença precisa ser claramente diferenciada do declínio normal das funções cognitivas associado ao envelhecimento. O declínio normal é muito menor, muito mais gradual, e resulta em incapacidades menores (OMS, 1999).

O início da doença de Alzheimer geralmente ocorre após os 65 anos de idade, embora não seja raro o início mais cedo. Com o avançar da idade, aumenta rapidamente a incidência (que é aproximadamente duplicada a cada cinco anos). Isso tem óbvias repercussões no número total de pessoas que vivem

com esse transtorno, à medida que aumenta a esperança de vida na população (OMS, 1999). Não há indícios de qualquer diferença na incidência por sexo, mas o número de mulheres encontradas com doença de Alzheimer é maior por ser maior a longevidade no sexo feminino (OMS, 1999; DROUST et al., 2000).

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é considerado uma enfermidade mental grave, encontrando-se entre os cinco transtornos mentais - depressão unipolar, esquizofrenia, uso de álcool e transtorno bipolar que integram a lista das enfermidades implicadas nas maiores taxas de incapacidade no mundo, sendo o quarto diagnóstico psiquiátrico mais comum e podendo ser fonte de importante gasto aos sistemas de saúde (FERRÃO et al, 2007).

Os comportamentos e os rituais compulsivos são atividades estereotipadas e repetitivas. O sujeito não tira qualquer proveito real realizando essas atividades. Elas não representam qualquer tarefa útil de seu dia a dia, servindo apenas para aliviar suas obsessões. Entretanto, até a mínima impossibilidade de realizá-las ou a tentativa de alterá-las agrava ainda mais o quadro do paciente, que pode experimentar crises mais graves de ansiedade, outro sintoma muito comum nesse transtorno (GALENO & ALVARENGA, 2010).

Os tratamentos mais efetivos no momento incluem o uso de medicamentos e algumas técnicas psicoterápicas. O problema do uso dos medicamentos são os efeitos colaterais indesejáveis, e o fato de raramente eliminarem por completo os sintomas (TORRESAN et al., 2008). A paroxetina (PARO), uma fenilpiperidina transisomérica, sendo um antidepressivo usado extensivamente é de duas a 23 vezes mais potente que os outros ISRS (DRAPER; BERMAN, 2008).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O primeiro passo foi a definição dos problemas: realização de uma análise dos dados disponíveis; entrevistas com os informantes chaves e observação da área, tivemos a oportunidade de discutir com os membros da equipe, os principais problemas enfrentados por nossa equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a população. Identificamos um total de 14 problemas de saúde que afetam nossa população. No Quadro 2 está refletida a pontuação e as prioridades selecionadas. Usamos uma escala de 1 a 10 pontos para cada problema identificado, indo do menor ao maior. Dependendo do grau do problema, a prioridade foi desde alta até baixa, sendo que a qualificação se baseou na busca da equidade e no estabelecimento da gravidade de cada problema.

A priorização dos problemas foi classificada com alta com nota variando de sete a dez pontos; como média se a nota variasse de quatro a seis pontos e baixa com a pontuação de um a três.

Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da UBSF Corcetti, Varginha.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
1. Número elevado de indivíduos usuários de drogas e psicotrópicos	Alta	10	Parcial	1
2. Falta de locais e centros de lazer e entretenimento	Média	6	Fora	13
3. Número elevado de pacientes com doenças mentais	Alta	10	Parcial	2
4. Aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Alta	10	Parcial	3
5. Número elevado de desempregados	Média	5	Fora	14

Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da UBSF Corcetti, Varginha (Continuação).

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
6. Aumento de pacientes com obesidade	Alta	9	Parcial	6
7. Aumento das doenças parasitárias	Alta	9	Parcial	7
8. Falta de ações para os adolescentes	Média	7	Dentro	9
9. Falta de exames laboratoriais	Média	7	Parcial	12
10. Alimentação inadequada	Alta	10	Parcial	4
11. Aumento das complicações da DCNT	Média	7	Parcial	10
12. Escassez de consultas com especialistas	Alta	9	Fora	8
13. Hábitos não saudáveis	Alta	10	Parcial	5
14. Falta de tratamento de esgoto	Média	6	Fora	11

No segundo passo foi realizada a priorização dos problemas. De acordo com o Quadro 2 de levantamento de prioridades, dos 14 problemas selecionados, nove eram de alta prioridade, número que representa 64,3% do total; cinco deles estavam entre os problemas de média prioridade. Depois das análises dos principais problemas identificados a equipe escolheu três deles, que são os que de forma direcionada afetam a nossa comunidade.

Os principais problemas identificados pela nossa equipe Saúde da Família foram:

1. Número elevado de indivíduos que abusam das drogas e psicotrópicos.
2. Número elevado de pacientes com doenças mentais.
3. Aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Dos três grandes problemas, nós escolhemos o abuso das drogas lícitas e ilícitas e psicotrópicos para fazer uma análise completa da situação em que vive a nossa população.

Como terceiro passo houve a descrição do problema selecionado. Chamamos droga a toda substância que possa afetar o estado cognitivo e/ou afetivo de um ser humano, provocando irritabilidade, sonolência, inconsciência, transtornos da memória, euforia, transtornos da pressão arterial, episódios psicóticos, agressividade, transtornos da personalidade, entre outros a longo, médio ou curto prazo. O problema das drogas é reconhecido mundialmente, inclusive no Brasil.

O abuso das drogas é um problema que atinge toda a comunidade, alcançando o indivíduo, bem como seus familiares. Além disso, o uso prolongado de psicotrópicos tem como consequência dependência dos mesmos, o que provoca transtornos no comportamento.

Quadro 3 – Número de pessoas que usam drogas e psicotrópicos, Varginha

Indivíduos que abusam de drogas e psicotrópicos	274
Estratificação	
Controlados	203
Descontrolados	12
Com crise	4
Tempo de uso:	
menor de 1 ano	
entre 2 e 5 anos	179
mais de 5 anos	24
Quantidade de psicotrópicos usados:	
um	101
entre 2 e 3	113
mais de 3	1

O quarto passo foi a explicação do problema selecionado. Na nossa comunidade a realidade não é diferente, sendo conhecido mediante as consultas, entrevistas, e as visitas às casas pela equipe de saúde que o consumo exagerado de medicamentos antidepressivos, cigarro, álcool e maconha, cocaína, entre outras estão incluídas no dia a dia destas pessoas. Juntando todas as substâncias aditivas que a população consome podemos dizer que cerca de 98% usa drogas, ainda bem em pequenas quantidades. Alguns usam de maneira isolada o álcool, cigarro ou psicotrópicos.

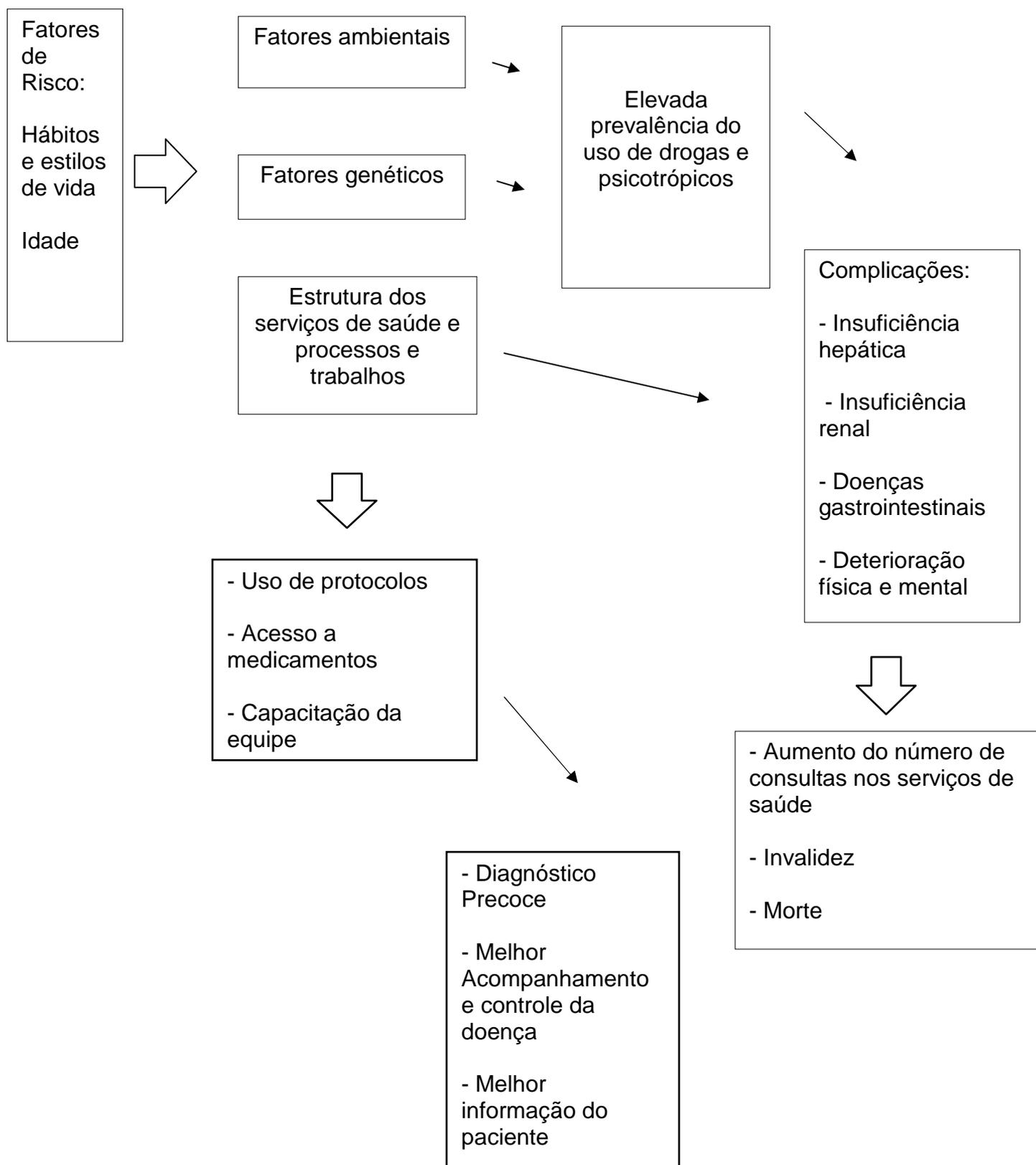
Como já foi descrito no reconhecimento da população estas pessoas sofrem de depressão desde os adolescentes até as pessoas idosas, porém são pacientes que chegam a precisar dos antidepressivos leves e fortes. Entre outras causas mais comuns do abuso de drogas estão: falta de lazer, o desemprego, a solidão e a incompreensão dos familiares no caso dos pacientes idosos, a falha na educação dos adolescentes, as famílias disfuncionais e desestruturadas, os traumas infantis pelos maus tratos as crianças e aos adolescentes (físico, psicológico ou sexual). Geralmente todas as pessoas que usam um tipo de droga de forma abusiva são pessoas carentes, que buscam nas drogas uma solução aos seus problemas, um refúgio ou sentir o prazer que não conseguem sentir com outros métodos (Figura 1).

No quinto passo foi selecionado um “nó crítico” entendendo que exigirá uma ação integrada e intersetorial:

- ✚ Inadequação de hábitos e estilos de vida (tabagismo, alcoolismo, consumo de psicotrópicos e drogas ilícitas)

No sexto passo realizou-se a descrição do problema principal: elevada prevalência do uso de drogas e psicotrópicos na população adscrita da Unidade Básica Saúde da Família Corcetti (Figura 1).

Figura 1 – Árvore explicativa do problema



No sétimo passo realizaremos a descrição dos recursos críticos, operações, produtos esperados, cronograma e monitoramento do Projeto (Quadro 4).

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Inadequação de hábitos e estilos de vida (tabagismo, alcoolismo, consumo de calmantes e drogas ilícitas)”, na população sob a responsabilidade da equipe de Saúde da Família Corcetti, em Varginha, Minas Gerais

Nó crítico 1	Inadequação de hábitos e estilos de vida (tabagismo, alcoolismo, consumo de psicotrópicos e drogas ilícitas)
Operação	Educação em saúde para mudança de hábitos e estilos de vida
Projeto	Projeto mais vida menos drogas
Resultados esperados	Incremento do conhecimento da equipe de saúde e população sobre o tema; Redução de 25% do consumo de drogas e psicotrópicos; Incremento dos locais de lazer saudável para a população.
Produtos esperados	Oficinas com a população para a educação em saúde; Rádio
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe Saúde da Família, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF)
Recursos necessários	Estrutural: Espaço para os encontros Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e possíveis intervenções Financeiro: Recursos humanos e insumos Político: Articulação interdisciplinar e intersetorial
Recursos críticos	Políticos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde, Prefeito de Varginha Motivação: indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar os dados de transtornos mentais da Unidade de Saúde Corcetti Apresentar o Projeto
Responsáveis:	Médico, Enfermeira, ACS
Cronograma / Prazo	Seis meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento pelo médico e enfermeira de acordo com os resultados esperados

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os governos, como gestores finais da saúde mental, necessitam estabelecer políticas no contexto dos sistemas gerais de saúde e dos esquemas financeiros que irão proteger e melhorar a saúde mental da população. Em termos de financiamento, as pessoas devem ser protegidas contra riscos preveníveis e terem acesso a recursos críticos de educação em saúde, bem como tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e qualidade de vida.

A política de saúde mental deve ser fortalecida por políticas coerentes para o álcool e as drogas, bem como por serviços de bem-estar social como habitação e trabalho, por exemplo. As políticas devem ser formuladas com a participação dos interessados e baseadas em informações dignas de crédito. Devem assegurar o respeito aos direitos humanos e levar em conta as necessidades dos grupos vulneráveis.

Os veículos de divulgação de massa e as campanhas de conscientização do público podem ser efetivos na redução do abuso de drogas e psicofármacos. No entanto, há necessidade de mais pesquisas para aprimoramento das políticas e dos serviços, especialmente para levar em conta diferenças culturais.

Neste trabalho se evidencia a necessidade de focar as autoridades públicas e de saúde na saúde mental porque se está tornando um problema nas instituições de saúde, nas quais se percebe um aumento considerável no consumo de drogas e psicofármacos, o que produz efeitos indesejáveis na população e no sistema de saúde.

REFERENCIAS

ARAYA, R.; ROJAS, G.; FRITSCH, R.; ACUNÃ, J.; LEWIS, G. Common mental disorders in Santiago , Chile: prevalence and socio-demographic correlates. **Br J Psychiatry**, v. 178 , p. 228-233, 2001.

BRASIL. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial. Acesso em: 15 jan 2016.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 15 jan 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 15 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010-b. Acesso em: 15 jan 2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 15 jan 2016.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 15 jan 2016.

DRAPER, B.; BERMAN, K. Tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors: issues relevant to the elderly. **Drugs aging**, v. 25, n. 6, p. 501-519, 2008.

ESTEVEES, P.H. et al. Depression in the elderly. **Acta med.** v. 31, p. 394-400, 2010.

KIRBY, D.; AMES, D. Hyponatremia and selective serotonin reuptake inhibitors in elderly patients. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 16, n. 5, p. 484-493, 2001.

LENZE, E.J. et al. Elevated cortisol in older adults with generalized anxiety disorder is reduced by treatment: a placebo-controlled evaluation of escitalopram. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 19, n. 5, p. 482-490, 2011.

MARAGNO, L.; GOLDBAUN, M.; GIANINI, R.J.; NOVAES, H.M.D.; CÉSAR, C.L.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, p. 39-48, 2006.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

McGORRY, P.D. (2000). Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 34 (suppl.): 145-149.

McLELLAN, A.T.; LEWIS, D.C; O'BRIEN, C.P.; KLEBER, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. **Journal of the American Medical Association**, 284(13): 1689-1695.

MERCK, S.D. **Manual Merck de informação médica**. São Paulo: Manole, 2002.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. (1996a). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Massachusetts Harvard School of Public Health para a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial (**Global Burden of Disease and Injury Series**, vol. I).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1996). WHO Brief Intervention Study Group: a cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. **American Journal of Public Health**, 86: 948-955.

Organização Mundial da Saúde (1999). Global status report on alcohol. Genebra, Organização Mundial da Saúde, (**documento inédito WHO/HSC/SAB/99.11**).

Organização Mundial da Saúde (2001). Mental health resources in the world: Initial results of Project ATLAS. Genebra, Organização Mundial da Saúde (**Fact Sheet nº 260**, abril 2001).

PAMERLEE, P.A.; LAWTON, M.P. et al. Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. **Journal of Gerontology**, v. 44, p. 22-29, 2006.

PHARAOH, F.M.; Marij J, STREINER, D. (2000). Family intervention for schizophrenia. **Cochrane Collaboration database of systematic reviews**, Issue 1: 1-36.

ROSENBERG, C. et al. Citalopram versus amitriptyline in elderly depressed patients with or without mild cognitive dysfunction: a danish multicentre trial in general practice. **Psy chopharmacol Bull**, v . 40, n. 1, p. 63-73, 2007.

SEITZ, D. P.; GILL, S.S.; CONN, D.K. Citalopram versus other antidepressants for late-life depression: a systematic review and meta-analysis. **Int j Geriatr Psychiatry**, v. 25, n. 12, p. 1296-1305, 2010.

TORRESAN, R.C. et al. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão . **Revista de Psiquiatria Clínica** v. 35, n. 1, p. 13-19, 2008.