

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Fábio Duarte Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE A RENOVAÇÃO DE RECEITAS DE
BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO GERALDO,
BELA VISTA, MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DEL REI, MINAS GERAIS**

São João Del Rei/Minas Gerais

2020

Fábio Duarte Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE A RENOVAÇÃO DE RECEITAS DE
BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO GERALDO,
BELA VISTA, MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DEL REI, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
da Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Kátia Ferreira Costa Campos

São João Del Rei/Minas Gerais

2020

Fábio Duarte Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE A RENOVAÇÃO DE RECEITAS DE
BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO GERALDO,
BELA VISTA, MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DEL REI, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Kátia Ferreira Costa Campos

Banca examinadora

Professora Dra. Kátia Ferreira Costa Campos – UFMG

Professora Maria Marta Amancio Amorim. Doutora em Enfermagem. Centro Universitário Unifacvest

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2020.

Dedico este trabalho aos meus familiares,
aos/às pacientes e à equipe da Unidade
Básica de Saúde São Geraldo/Bela Vista.

Agradeço à minha família pelo apoio e carinho, em especial à minha esposa Flávia, à equipe da Unidade Básica de Saúde São Geraldo/Bela Vista pela parceria e empenho no trabalho e aos/às pacientes por serem inspiração e força no desenvolvimento do serviço de saúde, com acolhimento e qualidade.

RESUMO

O uso crônico de benzodiazepínicos tem se tornado uma prática constante perante a população brasileira. No município de São João Del Rei, na Unidade de Saúde São Geraldo/Bela Vista, não é diferente. Nesse sentido, o objetivo geral deste estudo foi elaborar um plano de intervenção de acolhimento presencial do paciente para avaliação do uso de benzodiazepínico na Unidade Básica de Saúde São Geraldo/Bela Vista, equipe Bela Vista, São João Del Rei, Minas Gerais. A defesa do acolhimento presencial, que é um dos objetivos específicos do trabalho, visa a humanização do atendimento e que o mesmo possa se tornar uma prática de assistência. Para tal, foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional e revisão bibliográfica a partir das obras "Planejamento e avaliação das ações em saúde", "Agir em saúde: um desafio para o público", entre outras que fundamentaram a discussão do problema. Como resultado foi elaborado o plano operativo, sendo destacado pela equipe, entre os vários problemas da unidade, a necessidade do acolhimento presencial relativo à renovação de receitas de benzodiazepínicos, para atendimento, avaliação, orientação, prescrição do medicamento e eficácia no tratamento.

Palavras-chave: Acolhimento. Benzodiazepínicos. Humanização da Assistência.

ABSTRACT

The chronic use of benzodiazepines has become a constant practice before the Brazilian population. In the municipality of São João Del Rei, in the São Geraldo/Bela Vista Health Unit, it is no different. In this sense, the general objective of this study was to develop a face-to-face care intervention plan for the evaluation of benzodiazepine use in the São Geraldo/Bela Vista Basic Health Unit, Bela Vista team, São João Del Rei, Minas Gerais. The defense of face-to-face reception, which is one of the specific objectives of the work, aims at the humanization of care and that it can become a practice of care. For this, the method of Situational Strategic Planning and bibliographic review was used from the works "Planning and evaluation of health actions", "Acting in health: a challenge for the public", among others that underpin the discussion of the problem. As a result, the operational plan was elaborated, and the team highlighted, among the various problems of the unit, the need for face-to-face reception related to the renewal of benzodiazepine prescriptions, for care, evaluation, guidance, prescription of the drug and efficacy in treatment.

Keywords: Host. Benzodiazepines. Humanization of Assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-----|---|
| BS | Atenção Básica à Saúde |
| PS | Atenção Primária à Saúde |
| CS | Agentes Comunitárias de Saúde |
| APS | Centro de Atenção Psicossocial |
| EF | Estratégia Saúde da Família |
| EF | Equipe de Saúde da Família |
| GE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| S | Ministério da Saúde |
| PF | Programa Saúde da Família |
| AS | Rede de Atenção à Saúde |
| BS | Unidade Básica de Saúde |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----------|
| Quadro 1 – população do município de São João del-Rei referente a 2010 e estimada para 2020 e sua área territorial e densidade demográfica por Km²..... | 13 |
| Quadro 2 – Problemas identificados e classificação em prioridade no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Bela Vista, Unidade Básica de Saúde São Geraldo/Bela Vista, município de São João Del Rei, estado de Minas Gerais..... | 18 |
| Quadro 3 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “renovação de receitas de benzodiazepínicos, sem a presença do paciente com prescrição há mais de um ano”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São Geraldo/Bela Vista, do município de São João Del Rei, estado de Minas Gerais..... | 33 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 Aspectos gerais do município | 10 |
| 1.2 O Sistema Municipal de Saúde | 11 |
| 1.3 Aspectos da comunidade | 12 |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde São Geraldo/Bela Vista | 13 |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família Bela Vista, da Unidade Básica de Saúde São Geraldo/Bela Vista | 15 |
| 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Saúde Bela Vista | 15 |
| 1.7 O dia-a-dia da Equipe de Saúde Bela Vista | 16 |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade | 17 |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção | 18 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 21 |
| 3 OBJETIVOS | 22 |
| 4 METODOLOGIA | 23 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 25 |
| 5.1 Atenção Primária à Saúde: conceito, princípios, importância para a organização do sistema de saúde | 25 |
| 5.2 Estratégia Saúde da Família: conceito, composição e importância da inserção do profissional de saúde mental no apoio matricial | 26 |
| 5.3 Transtornos Mentais e o uso de benzodiazepínicos | 29 |
| 5.3 Acolhimento como tecnologia de humanização na atenção ao portador de distúrbio mental | 31 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 33 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado | 33 |
| 6.2 Explicação do problema selecionado | 33 |
| 6.3 Seleção do nó crítico | 34 |
| 6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão | 34 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| REFERÊNCIAS | 38 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

São João Del Rei é um município do estado de Minas Gerais onde está localizada a Unidade Básica de Saúde São Geraldo/Bela Vista, cujas ações em saúde são objeto de estudo deste trabalho. Para contextualizar a discussão, apresenta-se o aspecto histórico da região, de acordo com os dados da Enciclopédia dos municípios brasileiros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE, 1959).

Em busca de esmeraldas, a bandeira de Fernão Dias Pais Leme foi, no ano de 1674, forçada a passar a estação chuvosa na Serra Negra, onde fundou o primitivo arraial das Minas Gerais – Ibituruna, distante doze léguas da atual cidade de São João Del Rei, a cujo município pertenceu até 1922. Os cascalhos auríferos da bacia do rio das Mortes, que “assoalhavam o caminho trilhado pelos bandeirantes”, denunciaram os grandes depósitos de ouro da região. Os primeiros povoadores de São João Del Rei foram os paulistas. Em fins do século XVII, Tomé Portes Del Rei, procedente de Taubaté, fixou-se às margens do rio da Mortes, localidade a que chamavam, por ser passagem de todas as embarcações, do “Porto Real”, e teve início o primeiro arraial. Em 1702, porém, falecia Tomé Portes Del Rei, a quem, desde 1701, havia sido conferido o direito de cobrança de passagem no rio das Mortes. Sucedeu-o seu genro Antônio Garcia da Cunha. Até 1703, a importância do povoado decorria de sua situação como ponto de ligação com os Sertões do Caeté e a região das minas do Carmo, Ouro Preto e Sabará. De 1703 a 1704, o português Manuel João de Barcelos descobriu, nas fraldas dos montes, ricas manchas de ouro e os paulistas Pedro do Rosário e Lourenço da Costa iniciaram ali os trabalhos de faiscação. Forasteiros e aventureiros começaram a afluir para o local. E nas encostas das serras, atualmente denominado Morro da Forca, erigiram os paulistas a primeira igreja, consagrada à Nossa Senhora do Pilar. Assim, por sua posição geográfica e pela sua riqueza aurífera, surgiu o arraial do Rio das Mortes.

Na guerra entre os paulistas e emboabas, ainda no início do século XVIII, foi o arraial do Rio das Mortes fortemente abalado com a morte e o afastamento dos paulistas, aos quais foram usurpadas as minas. Apesar dessas lutas e disputas, a povoação continuou a prosperar. Em 8 de julho de 1713, foi criada a vila, que recebeu, em homenagem a D. João V e Tomé Portes Del Rei, o nome de São João Del Rei.

A cidade se destaca pela produção agrícola, tendo em vista a enorme área rural do município. Em relação à indústria, a cidade possui importantes empresas nas áreas de têxteis, metalurgia, alimentícia, entre outras, sendo então um dos principais pólos industriais do Campo das Vertentes. No que diz respeito ao comércio, São João Del Rei é um dos grandes geradores de emprego e renda, pois se consolidou como um dos atrativos que fazem de São João Del Rei uma cidade-pólo. A cidade possui grande variedade de lojas de vários setores (IBGE, 2010).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

São João Del Rei parte da região de saúde Macro Região de Barbacena, possui 18 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) cobrindo 70% da população. O município de São João Del Rei é Gestão Plena no Sistema Municipal de Saúde. É também o município pólo microrregional, onde está instalada a Gerência Regional de Saúde de São João Del Rei (unidade da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais). O pronto atendimento (Urgência e Emergência) é realizado na Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas - Antônio Andrade Reis Filho. A cidade conta ainda com uma base regional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), responsável por atender São João Del Rei e região.

O Sistema de Referência e Contra referência encontra-se em processo de implementação. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) possui diversos serviços com especialidades ambulatoriais à disposição, sendo eles um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com atendimento psiquiátrico, um Centro de Atenção

Hematológica, uma Unidade de Fisioterapia, um Núcleo Materno-Infantil com atendimentos de pediatria e ginecologia/obstetrícia, um Núcleo de Saúde Odontológico, uma Policlínica com ambulatório de diversas especialidades e um Núcleo de Medicina Antroposófica.

Quanto à Rede de Média e Alta Complexidade o município conta com dois hospitais da iniciativa privada sem fins lucrativos, o Hospital Nossa Senhora das Mercês e Santa Casa da Misericórdia. O Hospital Nossa Senhora das Mercês possui um Serviço de Traumatologia e Ortopedia em regime de Pronto Atendimento 24 horas, sendo a referência para traumas envolvendo fraturas. Na Santa Casa de Misericórdia, encontram-se os serviços de referência da região em caráter de urgência para Obstetrícia, neonatologia (Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal), e Cirurgia Geral. A equipe conta com neurologista e neurocirurgião de sobreaviso, portanto atende como referência os casos de traumatismo crânio-encefálico e acidente vascular encefálico. Ambos os hospitais possuem UTI e serviço de radiologia com tomografia computadorizada, ultrassonografia e radiografia. Os casos que não podem ser resolvidos em São João Del Rei são encaminhados para Barbacena conforme pactuação na região de Saúde.

1.3 Aspectos da comunidade

Bela Vista é um bairro de cerca de 4.000 habitantes, localizado na periferia de São João Del Rei. A população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas do comércio local, turismo e universidades. Destaca-se o grande o número de desempregados e subempregados.

A estrutura de saneamento básico na comunidade é satisfatória, no entanto, parte da comunidade vive em moradias precárias, em construções de alvenaria sem reboco em más condições.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE (2010) o município apresenta a seguinte população, descrita no quadro 1.

Quadro 1 – População do município de São João Del Rei referente a 2010 e estimada para 2020 e sua área territorial e densidade demográfica por Km².

| | |
|--|-----------|
| População estimada 2019 | 90.082 |
| População 2010 | 84.469 |
| Área da unidade territorial (km ²) | 1.464,327 |
| Densidade demográfica (hab/km ²) | 57,68 |

Fonte: IBGE (2010).

De acordo com a publicação do IBGE (2010), a taxa de escolarização de 06 a 14 anos é de 99,1%. Destaca-se a taxa de analfabetismo como elevada, principalmente na população idosa que não teve acesso a escola. Atualmente, observa-se que a evasão escolar tem sido baixa, pois as famílias precisam comprovar os filhos na escola para acesso aos programas sociais.

Nas últimas administrações, a comunidade recebeu manutenção de locais destinados à população (escola, centro de saúde, creche, praças etc.) em função da mobilização efetiva da associação comunitária, que é bastante ativa. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e Organização Não Governamental (ONG), entretanto, configuram trabalhos individuais dispersos e desintegrados, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães.

Em relação à cultura do bairro, a população conserva hábitos e costumes próprios e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas da Igreja e Carnaval. No Bairro Bela Vista há apenas uma equipe de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal.

1.4 A Unidade Básica de Saúde São Geraldo/Bela Vista

O autor deste projeto está inserido na UBS São Geraldo/Bela Vista, Equipe de Saúde da Família Bela Vista, da cidade de São João Del Rei, Minas Gerais, localizada à Rua

Carmelo Cardoso, 61, bairro São Geraldo, em área urbana, situada a 2,5 Km do centro da cidade. Fazem parte da sua área de abrangência os bairros: Bela Vista, Dom Bosco, São Dimas e Cidade Nova. A área de abrangência da equipe Bela Vista é dividida em seis micro-áreas. No total são 980 famílias perfazendo uma população de 3.355 habitantes residentes no território da unidade.

A UBS Bela Vista está situada na região mais alta do bairro, de difícil acesso devido à inclinação do morro. A estrutura física divide espaço entre duas equipes de saúde, São Geraldo e Bela Vista. Seu funcionamento é de segunda a sexta de 7:00 horas as 17:00 horas.

A unidade dispõe de consultório individual para o médico, consultório para enfermeira, sala de vacinas, sala de curativos, sala de recepção, refeitório para funcionários e consultório odontológico.

Está inserida na UBS uma Equipe de Saúde da Família (eSF) composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde (ACS), além de serviço de saúde bucal com uma dentista e uma auxiliar, e também psicóloga, fisioterapeuta e assistente social. Possui, ainda, convênios com duas Escolas de Saúde do Município e recebe acadêmicos de medicina e enfermagem durante a semana.

A UBS dispõe de sala de vacina para cobertura da população. Existe uma particularidade em relação ao pré-natal e à puericultura. Foram criados núcleos especializados para atender esta demanda, o que tem ocasionado baixa adesão desses grupos na unidade. Porém, nossa abordagem com os pacientes tem sido bastante efetiva e a maioria retorna, inclusive com o discurso de que têm sido muito bem atendidos e esclarecidos na UBS. Reservo um horário na agenda para esse atendimento. Semanalmente nas quintas-feiras pela manhã temos grupos de hipertensão e diabetes em locais previamente estabelecidos, que abrangem a população de cada ACS.

Nos casos mais graves os usuários são acolhidos, contudo, são orientados a procurar serviços de urgência e emergência, tendo em vista que a unidade não conta com material necessário para abordagens invasivas como soroterapia ou procedimentos

como eletrocardiograma.

A unidade conta com serviço de limpeza que é realizado por funcionária específica contratada pela prefeitura. O serviço administrativo é feito pela Enfermeira Coordenadora da Equipe.

1.5A Equipe de Saúde da Família Bela Vista, da Unidade Básica de Saúde São Geraldo/Bela Vista

A Equipe Bela Vista é formada pelos profissionais apresentados a seguir: LFV, casada, Enfermeira, trabalha na unidade de pronto atendimento da cidade de Tiradentes, e na unidade Bela Vista. APF, casada, Agente Comunitária de Saúde, micro-área 14, há 14 anos no serviço. FCJ, solteira, ACS, micro-área 13, experimentando seu primeiro emprego. JO, casada, ACS, micro-área 15. RDSJ, casada, ACS, micro-área 16. Ela realiza diversos trabalhos voluntários, e ainda dispõe de tempo para jornada noturna em seu próprio negócio, sendo uma pizzaria. TMS, casada, ACS, micro-área 17, tem grande capacidade de representatividade das ACS perante às governanças locais. TSJ, casada, ACS, micro-área 12, complementa renda com jornada dupla em uma hamburgueria. RMS, solteira, Técnica em Enfermagem, graduanda em fisioterapia. KEMS, Técnica em Enfermagem, com grande potencial, futuramente pretende ser militar.

1.6O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Saúde Bela Vista

O cotidiano da ESF é permeado por diversas atividades dispensadas para a assistência à população adscrita. O horário de atendimento da equipe é de segunda a sexta das 7:00 horas às 17:00 horas. Atualmente, as consultas são agendadas em um dia específico da semana. A agenda para consulta médica, por se tratar do Programa Mais Médicos, é de terça a sexta de 07:30 horas às 16:30 horas. Todos os dias existem as vagas para as consultas eletivas e demandas espontâneas (protocolo Manchester adaptado). Existe uma tarde para renovação de receitas da população,

sendo terça-feira. Semanalmente nas quintas-feiras pela manhã temos grupos de hipertensão e diabetes em locais previamente estabelecidos, que abrangem a população de cada ACS. Além das atividades médicas, existe também procedimentos em sala de curativos, aplicação de vacinas, realização de exames preventivos.

1.7 O dia-a-dia da Equipe de Saúde Bela Vista

O dia a dia da equipe, por meio do trabalho das ACS, que são nossa linha de frente e quem mais conhece a população, proporciona fazermos busca ativa de famílias em condições precárias, pacientes acamados, sem condições de comparecer à unidade de saúde, dentre outros, assim como fazer o acompanhamento das famílias, com visitas domiciliares, rotineiras para as ACS e aquelas que envolvem a atenção no domicílio do médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem. Como por exemplo, consulta médica e da enfermeira para avaliação de feridas, visita à puérpera, dentre outras necessidades dos usuários que não conseguem ir à unidade por alguma incapacidade ou por estar acamado.

Desenvolvemos semanalmente grupos de hipertensão e diabetes, nos quais abordamos diversos temas de prevenção e promoção à saúde. Estabelecemos cuidados permanentes dos usuários, fazendo vigilância do uso de medicações, incentivando práticas de atividades físicas, bem como tentamos inseri-los em programas gratuitos para promoção de saúde, como aulas de dança e academia.

No que diz respeito à sistematização do atendimento, trabalhamos na UBS com duas demandas: pacientes crônicos e pacientes agudos. Para tal, organizamos a agenda com o acolhimento da demanda espontânea, para os casos agudos, em agenda programada para os casos crônicos. Os casos são classificados após triagem pela enfermeira e discussão com o médico. O critério de classificação se dá pelo protocolo de Manchester adaptado para a UBS, visto que todos os profissionais envolvidos no processo de trabalho informam à população sobre tecnologias disponíveis na unidade, horário de atendimento, fluxo de marcação de consultas eletivas, bem como critérios de classificação da demanda espontânea. Existem reuniões quinzenais com a equipe de saúde para discutir problemas e apontar possíveis soluções que são trazidas, como

critério para visitas domiciliares, renovação de receitas, liberação de exames, acolhimento na recepção, guarda de prontuários, educação continuada.

Nos casos mais graves os usuários são acolhidos. Contudo, são orientados a procurar serviços de urgência e emergência, tendo em vista que a unidade não conta com material necessário para abordagens invasivas como soroterapia ou procedimentos como eletrocardiograma.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A partir da atuação na UBS São Geraldo/Bela Vista é possível apontar os seguintes problemas:

- Renovação de receitas de benzodiazepínicos baseada em prontuário com prescrição há mais de um ano;
- Problemas com marcação de consultas eletivas e demanda espontânea devido ao grande número de pacientes necessitados;
- Falta de critérios para seleção das visitas domiciliares (pacientes em condições de ir à unidade solicitando visita domiciliar);
- Pacientes imediatistas, reclamando do fluxo da unidade diretamente com a secretaria de saúde ou em redes sociais;
- Gerência de saúde acatando reclamações de pacientes em redes sociais sem apurar a verdade dos fatos em tempos de fake News;
- Falta de treinamento dos profissionais para um acolhimento a fim de triar as demandas espontâneas de maneira que as urgências sejam prioridades;
- Falta de sala para acolhimento adequado aos pacientes;
- Recepção com cadeiras em mau estado para receber pacientes;
- Ausência de uma sala para abordagem de primeiros socorros, bem como medicamentos para um primeiro atendimento;
- Sala de curativos sem materiais para assistência à população.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

O Quadro 2 mostra os principais problemas enfrentados na UBS, pela equipe, os quais foram discutidos em reunião e elencados em comum acordo quanto à importância, urgência, capacidade de enfrentamento e priorização.

Quadro 2 – Problemas identificados e classificação em prioridade no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Bela Vista, Unidade Básica de Saúde São Geraldo/Bela Vista, município de São João Del Rei, estado de Minas Gerais

| Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/ Priorização**** |
|---|---------------------|-------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Renovação de receitas de benzodiazepínicos baseada em prontuário com prescrição há mais de um ano | Alta | 04 | Total | 1 |
| Problemas com Marcação de consultas eletivas e demanda espontânea devido ao grande número de pacientes necessitados | Média | 03 | Parcial | 6 |
| Falta de critérios para seleção das visitas domiciliares (pacientes em condições de ir à unidade solicitando visita domiciliar) | Média | 03 | Parcial | 7 |
| Pacientes imediatistas, reclamando do fluxo da unidade diretamente com a secretaria de saúde ou em redes sociais | Baixa | 01 | Fora | 10 |

| | | | | |
|---|-------|----|---------|---|
| Gerência de saúde acatando reclamações de pacientes em redes sociais sem apurar a verdade dos fatos em tempos de fake News | Baixa | 01 | Fora | 9 |
| Falta de treinamento dos profissionais para um acolhimento a fim de triar as demandas espontâneas de maneira que as urgências sejam prioridades | Média | 03 | Total | 5 |
| Falta sala de acolhimento adequada para receber os pacientes | Alta | 04 | Fora | 4 |
| Recepção com cadeiras em mau estado para receber pacientes | Média | 03 | Fora | 8 |
| Ausência de uma sala para abordagem de primeiros socorros, bem como medicamentos para um primeiro atendimento | Alta | 04 | Parcial | 2 |
| Sala de curativos sem materiais para assistência população | Alta | 04 | Fora | 3 |

Fonte: O autor (2020)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O problema da “renovação de receitas de benzodiazepínicos baseada em prontuário com prescrição há mais de um ano”, foi eleito pela equipe quanto à importância,

urgência, capacidade de enfrentamento e prioridade, sendo abordado em trabalho de conclusão de curso, com vistas à futuramente expor a situação aos gestores do município, para que se possa criar uma linha guia referente à problematização.

Fazemos crer que a metodologia de planejamento, planejamento estratégico situacional, para o enfrentamento das situações apontadas é uma ótima ferramenta de gestão, pois, através do quadro 2, conseguimos vislumbrar um plano de ação para abordagem das situações, enfrentando as de maior prioridade em menor tempo.

2 JUSTIFICATIVA

Sabe-se que o uso crônico de benzodiazepínicos pela população brasileira tem se

tornado uma ação comum. Pensando criticamente nesta prática, cumpre ressaltar, do ponto de vista médico, que o uso crônico dos benzodiazepínicos, sem um acompanhamento torna-se altamente prejudicial à saúde.

Pacientes, principalmente idosos, correm risco de queda e possíveis fraturas devido os efeitos colaterais da medicação, que também causa dependência psicológica com o uso contínuo do remédio acrescentando que algumas pessoas podem desenvolver sintomas de alucinações.

No município de São João Del Rei, na UBS São Geraldo/Bela Vista, o acesso à medicação vem sendo realizado por meio do sistema de renovação de receitas não presencial, prática esta que não leva em consideração o acolhimento e a individualização do paciente.

Os benzodiazepínicos se usados de maneira prudente e individualizada têm seus benefícios diante de determinada situação. Porém, o uso crônico do mesmo sem o devido acolhimento, pode trazer danos irreversíveis à saúde do paciente.

Nesse sentido, defende-se este estudo sobre a importância do acolhimento presencial do paciente para atendimento, avaliação e prescrição do benzodiazepínico, a partir da realização de leituras de obras atuais sobre o tema, relacionando-as com a prática na UBS São Geraldo/Bela Vista. Tal perspectiva baseia-se na humanização do atendimento e na qualidade da promoção de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Elaborar plano de intervenção para o acolhimento presencial para avaliação do uso de benzodiazepínico na UBS São Geraldo/Bela Vista, ESF Bela Vista, São João Del Rei, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos:

Defender o acolhimento presencial para avaliação do uso de benzodiazepínicos nos pacientes da UBS São Geraldo/Bela Vista, com vistas à humanização do atendimento.

Recomendar o acolhimento, como prática para o uso de benzodiazepínicos no na UBS São Geraldo Bela Vista, município de São João Del Rei.

4 METODOLOGIA

Para a construção do plano de intervenção, partimos de uma atenta observação da situação de renovação de receitas dos benzodiazepínicos na UBS, da qual pudemos verificar a necessidade de uma intervenção no sentido de individualizar e respeitar as demandas específicas de cada paciente.

Para tanto, o método escolhido foi o de Planejamento Estratégico Situacional (PES), cujas referências foram estudadas neste curso.

Conforme orienta CAMPOS, FARIA E SANTOS, 2010:

Planejar é pensar antes e durante uma ação, que é um cálculo. Mas, qual é o cálculo que fazemos ao planejar? De maneira geral, calculamos os objetivos a serem alcançados a partir da situação em que nos encontramos, do caminho ou das ações que teremos de fazer para alcançar esses objetivos e com quais recursos precisamos contar. Isto é o planejamento (p. 18)

Uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional, como parte do planejamento, foi construído o plano de ação. O diagnóstico situacional levou à identificação dos problemas relativos ao uso de benzodiazepínicos e para cada demanda foi feito um único projeto de intervenção.

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.). A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde. (CAMPOS, FARIA E SANTOS, 2010).

Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de

sucesso. Mas o sucesso dessa empreitada pode ficar ameaçado se não dispusermos e não utilizarmos instrumentos e mecanismos de monitoramento e avaliação de todas essas etapas. Dessa forma, é fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, a fim de fazer as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho.

Uma vez realizado e discutido o diagnóstico situacional é preciso construir o plano de ação para os problemas. Nesse sentido, foi realizada busca bibliográfica com a finalidade de conhecer mais sobre o tema e subsidiar a elaboração do plano de intervenção. Para tanto, utilizou-se os descritores “Benzodiazepínicos”, “Atenção Primária a Saúde”; “Estratégia Saúde da Família” e “Acolhimento”.

A busca se deu nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS – e no Banco de Teses e Dissertações da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior – CAPES. Foram escolhidas as publicações de interesse do autor para a elaboração do capítulo que abordou nos seus subitens: “Atenção Primária a Saúde: conceito, princípios, importância para a organização do sistema de saúde”; “Estratégia Saúde da Família: conceito, composição, importância da inserção do profissional de saúde mental”; “Acolhimento como tecnologia de humanização na atenção ao portador de distúrbio mental”.

A revisão bibliográfica foi realizada de forma a ter subsídios para a defesa de um acolhimento mais crítico e humano sobre o atual sistema de prescrição de benzodiazepínicos no município de São João Del Rei, na UBS São Geraldo/BelaVista.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde: conceito, princípios, importância para a organização do sistema de saúde

A Atenção Primária a Saúde (APS) parte do conceito de um primeiro atendimento ambulatorial, generalizado, regionalizado, com vistas a uma primeira abordagem de um ser humano que traz uma queixa, a qual na maioria das vezes será resolvida sem necessidade de um serviço especializado. Dentro desta atenção primária, são desenvolvidos programas de promoção e prevenção à saúde, com custos baixos, mas de extrema importância dentro de uma rede assistencial (MENDES, 2011).

Para Starfield (2002), estudiosa da APS na atualidade, o primeiro contato do usuário, com o sistema de saúde deve ser na APS, pois defente a atuação centrada na pessoa, de forma a satisfazer as necessidades de saúde, somente referenciando aquelas mais incomuns, cujas intervenções fogem da complexidade tecnológica nessa forma de atenção. A mesma autora, afirma que a APS é a coordenadora do sistema de saúde, com os seguintes atributos relativos às práticas de saúde: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Segundo por Mendes (2009), esses atributos são assim interpretados:

-

O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (MENDES, 2009, p. 57-58).

Corroborando com a discussão, o Relatório Mundial da Saúde, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2008, reconhece a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde com base numa APS forte e de qualidade:

[...] na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial "dar prioridade às pessoas" realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (Organização Mundial da Saúde, OMS, 2008, p. 43).

A APS vem para garantir o acesso universal e integral para a população brasileira, resguardando o princípio constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Trata-se de uma ferramenta de baixo custo, devido à baixa complexidade e baixa tecnologia, mas de extrema importância na redução de custos com demandas que podem ser evitadas através das campanhas de promoção e prevenção. (OMS, 2008).

Em síntese, considera-se então que a APS responsabiliza-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se como principal porta de entrada do sistema, com ofertas de ações de saúde de caráter individual e coletivo. Para tanto deve estabelecer equipes e processo de trabalho multiprofissionais favorecendo a abordagem integral do processo saúde doença, com garantia de acesso a qualquer ponto de atenção do sistema de saúde, em função das necessidades de cada usuário. Deve responsabilizar-se por ele, independentemente durante todo o seu tratamento e, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede (BRASIL, 2006).

5.2 – Estratégia Saúde da Família: conceito, composição e importância da inserção do profissional de saúde mental no apoio matricial

Pensando na Atenção Primária como principal porta de entrada no Sistema de Saúde, fez-se garantir o acesso da população de maneira integral. Para isso foi

desenvolvido o modelo de ESF.

No sentido da reestruturação dos serviços de saúde a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), numa perspectiva focada na atenção básica à saúde, a partir do qual, buscava-se superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde e visava-se o alcance da equidade dentro do sistema. (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, cada equipe do PSF é responsável pelo atendimento de um número de famílias caracterizadas como população adstrita da área de abrangência. Recomenda-se a assistência para um grupo de 600 a 1000 famílias, não suplantando o limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 2001).

Prestar atendimento de qualidade, prevenir doenças evitando internações desnecessárias e melhorar a qualidade de vida são pontos de grande relevância para a atenção básica, com objetivo de fortalecer a educação em saúde (BRASIL, 2001).

Para que uma equipe seja efetivamente eficiente, a composição deve ter pelo menos um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, e no máximo de quatro a seis ACS. Espera-se que essa equipe seja resolutiva em pelo menos 85% dos casos que chegam nas unidades de saúde (BRASIL, 2001).

As equipes de saúde da família partem da prevenção e promoção da saúde. A ideia é que o médico esteja próximo à população adscrita, que se crie um vínculo com a mesma. Para isso são preconizadas visitas domiciliares dentro da ESF. No que diz respeito às consultas eletivas dentro da unidade de saúde, atualmente preconizam-se quatro grandes grupos assim descritos: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso e saúde mental. Dada à relevância dos transtornos mentais, fez-se necessário destacar dentro da atenção primária este grupo (BRASIL, 2001).

O papel da atenção básica e da ESF na saúde mental é abordado em diversos documentos legislativos, normativos e técnicos do SUS. A Portaria nº 224 de 1992 é a primeira normatização do atendimento à saúde mental no SUS que apresenta

as UBS e os centros de atenção psicossocial (CAPS) como serviços preferenciais, não hospitalares de atenção à saúde mental (BRASIL, 1992).

A Lei nº 10.216 de 2001 é o principal marco legislativo da saúde mental no Brasil, garantindo, aos portadores de transtorno mental: acesso ao melhor tratamento disponível no sistema de saúde, proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, e tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

A Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde delibera de forma detalhada sobre o modelo de atuação dos CAPS que passaram a serem organizados em três modalidades, em ordem crescente de porte, complexidade e abrangência. Porém, não há orientações sobre o papel da atenção básica. É descrito que os CAPS têm entre suas atribuições: “supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial” (BRASIL, 2002).

Ainda sobre a saúde mental na atenção primária, em 2008, uma portaria específica – 154/2008 – instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são formados por equipes de profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, cujo objetivo é oferecer apoio matricial a um número fixo de equipes de saúde da família, em alguns eixos temáticos prioritários: atividades físicas/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; saúde da criança; saúde da mulher; e assistência farmacêutica. Uma equipe do NASF não tem modelo de formação único, devendo reunir profissionais de diversas áreas, estando, entre as possibilidades, psiquiatras e psicólogos. (BRASIL, 2008).

No entanto, sobre a composição da equipe, a portaria faz a seguinte recomendação: “Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada NASF conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental”. (BRASIL, 2008).

Devido à grande importância e impacto na saúde da população, o Ministério da Saúde, a fim de subsidiar o matriciamento em saúde mental na atenção básica, criou o Guia prático de matriciamento em saúde mental, com orientações, sugestões de formas de operacionalizar o trabalho em parceria com os profissionais especialistas em saúde mental matriciadores e as equipes de saúde da família. (BRASIL, 2001).

Neste guia estão contidas recomendações como interconsultas, isto é, atendimento em conjunto de pacientes por profissionais do NASF e da ESF; visitas domiciliares; discussão de casos e construção de projetos terapêuticos, intervenções em grupos, atividades educativas com a ESF, mas deixa claro que a intenção é de não criar uma relação de encaminhamento do NASF para a ESF, e sim um trabalho em parceria, no qual a ESF continua sendo a porta de entrada do usuário de saúde mental (BRASIL, 2001).

5.3 – Transtornos Mentais e o uso de benzodiazepínicos

Nos últimos anos tem-se percebido na ESF um aumento considerável dos casos de transtornos mentais leves, porém com um excesso de medicalização, principalmente com o uso de benzodiazepínicos, de maneira crônica. (FORSAN, 2010).

Mais globalmente, os tratamentos são para os transtornos incluídos nos quadros de estresse, a ansiedade e a depressão (GREEN BENZEVAL, 2011), os quais apresentam prevalências relevantes, nomeadamente a depressão (que ocorre em 10% dos clientes) e a ansiedade (que ocorre em 5 a 16% dos clientes) (King et al., 2008), e frequentemente ocorrem associados aos distúrbios somatoformes, podendo inclusive ser mascarados por estes últimos (APÓSTOLO *et al.*, 2011).

TMC são altamente prevalentes e têm sido consistentemente associados a piores condições socioeconômicas em diferentes países, incluindo-se o Brasil. Pessoas com TMC têm maior probabilidade de buscar atendimento em serviços de saúde, aspecto fundamental no planejamento e execução de políticas públicas voltadas

para a saúde (MENDONZA-SASSI, BÉRIA e BARROS, 2003).

De acordo com Murcho, Pacheco e Jesus (2016), a situação relativa aos TMC é motivo de preocupação. A maioria dos estudos revelam que a ansiedade, depressão, estresse interferem na qualidade de vida e agrega custos econômicos associados. Soma-se a isso, o fato de uma população de baixo nível sócio econômico, que enfrenta as mazelas do desemprego, que vê sua família necessitando de alimento e educação, tem maior propensão a desenvolver os transtornos, dada sua dura vida no cotidiano. É preciso encarar os problemas e as situações de estresse do dia a dia, porém, ao se verem em situações críticas, procuram as unidades de saúde, que tem oferecido de maneira mais fácil o uso de medicamentos para amenizar essa situação. Dentre os mais receitados de maneira precoce, temos os benzodiazepínicos, que são fármacos relativamente baratos e de fácil acesso.

De acordo com Silva (1999), os benzodiazepínicos são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60 em todo o mundo. O clordiazepóxido foi o primeiro benzodiazepínico lançado no mercado (1960), cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorrelaxantes. Além da elevada eficácia terapêutica, os benzodiazepínicos apresentaram baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores estes que propiciaram uma rápida aderência da classe médica a esses medicamentos.

Os benzodiazepínicos são medicamentos que visam minimizar os sintomas de ansiedade e depressão no início de um tratamento, mas não podem ser considerados como tratamento definitivo. Por isso recomenda-se o uso dessas substâncias por um período máximo de quatro a seis semanas. Existe ainda grande chance de o paciente desenvolver efeitos colaterais como sonolência, sedação, sensação de corpo ruim no dia seguinte, semelhante à ressaca (FRASER, 1998). Esses efeitos podem ser sentidos em maior ou menor grau de indivíduo para indivíduo, pois depende de diversos fatores, tal como a dose da medicação utilizada no tratamento, comorbidades do paciente, idade, alimentação e prática de atividades físicas.

5.4 – Acolhimento como tecnologia de humanização na atenção ao portador de distúrbio mental

A APS é a principal porta de entrada da população no sistema de saúde brasileiro. Representada pelas equipes de saúde da família, em centros de saúde localizados estrategicamente perto de uma população adscrita. Por ser a porta de entrada, o usuário deve sentir-se literalmente em casa. E quando recebemos visitas em nossa casa, o tratamento é o melhor possível. Acolher o paciente, é fazer com que o mesmo tenha um tratamento respeitoso, digno e claro desde o momento em que chega na recepção da unidade, até saída do mesmo com grau de satisfação elevado. (OMS, 2008).

O paciente não vai à unidade necessariamente para uma consulta médica. Às vezes ele adentra na unidade para sanar uma dúvida a respeito de sua medicação, para aferir uma pressão arterial, colocar seu cartão de vacinas em dia.

Para Merhy e Onocko (2002), as tecnologias são analisadas como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são aquelas que envolvem relações como o vínculo, a tomada de decisões, o acolhimento e a organização do processo de trabalho. As tecnologias leves-duras são os saberes bem estruturados no processo de trabalho em saúde. As tecnologias duras são equipamentos tecnológicos (máquinas), normas, estruturas organizacionais.

Ainda de acordo com Merhy e Onocko (2002), inserido na tecnologia leve, o acolhimento direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento, envolvendo os trabalhadores, gestores e usuários. Dessa forma, as necessidades sentidas pelos usuários poderão ser trabalhadas pelas equipes da ESF no intuito de proporcionar a resolubilidade para as reais exigências de saúde.

Acolher não é apenas receber o paciente na recepção. O conceito deve ser expandido

a toda a equipe de saúde, a fim de que o usuário possa criar um vínculo com a unidade. Conhecer os problemas e as necessidades dos usuários é de extrema importância para estratégias de intervenção na ESF. Como defende Bonsanto “acolher é uma prática de inclusão” (BONSANTO, 2019, p. 111).

Trazendo para o contexto da saúde mental, o acolhimento é de suma importância para o paciente em sofrimento, deprimido, ansioso. Se este paciente sentir-se hostilizado logo na recepção, perde-se a oportunidade da construção de um plano terapêutico para o mesmo.

Os fatores que desencadeiam a manutenção da prescrição continuada por alguns médicos devem ser considerados, dentre eles, a tendência à medicalização excessiva do paciente e a onipotência, que compreende a tendência dos médicos em fazer de tudo para melhorar a qualidade de vida do usuário. Este por sua vez, pode manipular a situação, favorecendo o abuso de medicamentos controlados, o que confronta com a característica e dificuldade do médico em “dizer não” quando lhe é solicitada a prescrição de algum benzodiazepínico (BERNIK, 1999).

Pensando no paciente em uso de benzodiazepínico de maneira crônica, o médico e sua equipe devem estimular a renovação desses medicamentos mediante um acolhimento na unidade de saúde para saber se o paciente está satisfeito com a terapêutica instituída, bem como construir um plano de desmame da referida medicação para que não tenhamos um uso crônico e nocivo à saúde. (FORSAN, 2010).

O acolhimento traz segurança e satisfação ao paciente, que não se vê desamparado no tratamento de sua patologia, principalmente os que fazem uso dessas medicações, pois já chegam na unidade de saúde fragilizados, as vezes sem um apoio familiar, com diversos problemas do cotidiano, relações trabalhistas comprometidas.

Renovar uma receita de benzodiazepínico sem a presença do paciente pode piorar sua patologia e desestimula o mesmo para o processo de cura.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Renovação de receitas de benzodiazepínicos baseada em prontuário, com prescrição há mais de um ano na UBS São Geraldo/Bela Vista”. Para o problema selecionado, se registra uma descrição, a explicação, a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado - PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Medicamentos benzodiazepínicos, de prescrição de receita de controle especial azul, sendo renovadas para pacientes apenas baseadas em seu prontuário, no qual existem registros da medicação por mais de um ano.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Existe uma prática dentro do município de São João Del Rei, em todas as UBS, de que os medicamentos de uso contínuo dos pacientes devem ser renovados em um dia da semana específico para esse fim, sem a presença do paciente. Portanto, “renovação de receitas não presencial de benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bela Vista, do município de São João Del Rei, estado de Minas Gerais é o problema a ser trabalhado. As ACS, em suas visitas, detectam a necessidade de renovação, anotam, levam para a unidade, separam os prontuários e o médico renova as receitas de acordo com o que está documentado no prontuário. Pacientes que fazem uso crônico de benzodiazepínicos, na sua maioria idosos, apenas informam que a medicação está acabando, a sua ACS a solicita junto ao médico, e depois leva na residência do paciente a receita para que o mesmo possa pegar.

6.3 Seleção do nó crítico (quinto passo)

Foi selecionado o problema, “renovação de receitas de benzodiazepínicos, sem a presença do paciente com prescrição há mais de um ano”, justificado pelo fato de o paciente em uso de medicação altamente prejudicial à saúde se usada de maneira crônica; risco de queda e possíveis fraturas devido os efeitos colaterais e dependência psicológica da medicação; alucinações; potencialização do processo de Alzheimer em pessoas que podem desenvolver a doença; falta de vínculo do paciente com a unidade, pois não precisa ir a mesma para pegar a medicação; risco de processo ético contra o profissional médico que “transcreve” a receita sem consultar o paciente.

Como nó crítico para resolução deste problema, apresenta-se a perspectiva do acolhimento presencial e individualizado aos paciente que fazem uso de benzodiazepínicos na unidade de saúde São Geraldo/Bela Vista, a fim de que a equipe possa ouvir suas queixas e proporcionar um atendimento mais humanizado e coerente com as suas demandas de saúde, bem como bem-estar emocional.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Quadro 3 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “renovação de receitas de benzodiazepínicos, sem a presença do paciente com prescrição há mais de um ano”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São Geraldo/Bela Vista, do município de São João Del Rei, estado de Minas Gerais

| | |
|---------------------|--|
| Nó crítico 1 | Acolhimento presencial e individualizado do paciente que faz uso de benzodiazepínicos na unidade de saúde São Geraldo/Bela Vista |
| Projeto | Acolher |
| 6º passo | |

| | |
|--|---|
| <p>Resultados esperados 6º passo</p> | <p>Acolher todos os pacientes que necessitam renovar receitas de benzodiazepínicos na unidade de saúde, de maneira individualizada, a fim de verificar a real necessidade do uso da medicação.</p> |
| <p>Produtos esperados 6º passo</p> | <p>Estabelecer um protocolo de atendimento/acolhimento de pacientes que necessitam renovar receitas de benzodiazepínicos.</p> |
| <p>Recursos necessários 6º passo</p> | <p>Estrutural: Equipe Multidisciplinar, Agentes de Saúde, ESF Cognitivo: Campanhas de Conhecimento e Conscientização do uso de benzodiazepínicos; educação continuada da Equipe para Acolher os pacientes na Unidade Básica de Saúde Financeiro: Impressão de Banner, panfletos educativos, café nas áreas de encontro da comunidade como salões de igreja, a fim de difundir o projeto. Político: mobilização dos entes políticos como Prefeito e Secretário de saúde, bem como da população adscrita.</p> |
| <p>Viabilidade do plano. Recursos críticos 7º passo</p> | <p>Estrutural: Incentivar o paciente a buscar a receita na unidade de saúde para que se crie o vínculo com o mesmo; Cognitivo: Programa de educação continuada e capacitação da equipe para abordagem do paciente a fim de sanar dúvidas pertinentes ao uso de benzodiazepínicos; Político: Envolvimento de setores que não fazem parte da equipe de saúde mas que têm disponíveis dados sobre quedas e fraturas relacionadas ao uso de benzodiazepínicos; Financeiro: – Medicamentos com menor potencial de danos não estão disponíveis na rede pública e são mais caras que os benzodiazepínicos;</p> |
| <p>Controle dos recursos críticos. Ações estratégicas 8º passo</p> | <p>1 – Reunião quinzenal com a equipe para verificar a receptividade da população em relação à mudança de prescrição de benzodiazepínicos; 2 – Reunião com Prefeito e Secretário de Saúde a fim de relatar a realidade acerca do uso crônico de benzodiazepínicos na população brasileira, com recorte na cidade de São João Del Rei, especificamente da UBS São Geraldo/Bela Vista; 3 – Elaborar com a Equipe Multidisciplinar um plano para abordagem geral da população em forma de campanha, promovendo palestras e orientando sobre possíveis dúvidas; 4 – Reunião com a equipe de saúde mental do município a fim de criar um fluxo para que o paciente em uso de benzodiazepínico, passe por pelo menos uma consulta com o especialista a fim de avaliar</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>o uso da medicação;</p> <p>5 – Criar um documento em forma de protocolo de dispensação de benzodiazepínicos na unidade de saúde, com aval do Prefeito, secretário de saúde, equipe de saúde mental, equipe multidisciplinar, com vistas a regular o fluxo e o uso dos benzodiazepínicos na Equipe Bela Vista</p> |
| <p>Acompanhamento do plano. Responsável (eis) e prazo</p> <p>9º passo</p> | <p>1 – Reunião quinzenal com a equipe para verificar a receptividade da população em relação à mudança de prescrição de benzodiazepínicos – prazo quinzenal;</p> <p>2 – Reunião com Prefeito e Secretário de Saúde a fim de relatar a realidade acerca do uso crônico de benzodiazepínicos na população brasileira, com recorte na cidade de São João Del Rei, especificamente da UBS São Geraldo/Bela Vista – prazo um mês;</p> <p>3 – Elaborar com a Equipe Multidisciplinar um plano para abordagem geral da população em forma de campanha, promovendo palestras e orientando sobre possíveis dúvidas – prazo dois meses;</p> <p>4 – Reunião com a equipe de saúde mental do município a fim de criar um fluxo para que o paciente em uso de benzodiazepínico, passe por pelo menos uma consulta com o especialista a fim de avaliar o uso da medicação – prazo dois meses;</p> <p>– Criar um documento em forma de protocolo de dispensação de benzodiazepínicos na unidade de saúde, com aval do Prefeito, secretário de saúde, equipe de saúde mental, equipe multidisciplinar, com vistas a regular o fluxo e o uso dos benzodiazepínicos na Equipe Bela Vista – prazo três meses.</p> <p>Prefeito do Município – Financeiro; Secretário de Saúde – transferência de recursos; Equipe de Saúde Mental – capacitação da equipe de saúde; Equipe multidisciplinar – capital intelectual; Agentes Comunitários de Saúde – Incentivo às práticas ofertadas.</p> |
| <p>Gestão do plano. Monitoramento e avaliação das ações</p> <p>10º passo</p> | <p>As ações serão avaliadas pela Equipe de Saúde, tendo como orientador o médico, através de reuniões quinzenais a fim de saber se as práticas estão sendo eficazes para a população. Abertura de crítica da equipe dos pontos negativos, e melhoria dos mesmos com aprazamento para possíveis correções. Registro das atividades em livro ata para formalização e delegação de competências dos participantes.</p> |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após exposição dos fatos, levantamento do problema, ficou evidente o que a renovação dos benzodiazepínicos na Equipe de Saúde Bela Vista, no município de São João Del Rei, acontece de maneira não presencial, constatado como o principal nó crítico relacionado à renovação de receitas em saúde mental no município.

Nesse sentido, o presente trabalho permeia uma situação desafiadora na UBS no que tange a renovação dos benzodiazepínicos sem a presença do paciente, nó crítico encontrado, de modo que a Equipe de Saúde depara com uma condição a ser revertida de maneira estruturada e organizada.

Portanto, implantar o plano de intervenção, prezando pela renovação das receitas de benzodiazepínicos com um acolhimento por toda a equipe, dentro da unidade de saúde, de maneira presencial, para que o paciente possa participar da proposta medicamentosa a ele instituída, a fim de que a medicação seja oferecida no seu tempo certo e de forma racional, não apenas com caráter de redução do número de usuários destas substâncias, mas também de modo a conscientizar a população residente sobre os possíveis efeitos colaterais e dependência advindas do uso inadvertido e sem acompanhamento médico.

Para tanto, denota-se um esforço conjunto de toda equipe de profissionais da Unidade de Saúde, para que em contato com esses pacientes alvo, bem como com suas famílias haja uma interação positiva de modo a promover uma adesão favorável ao programa de ação, e um acolhimento com vistas a uma melhor adesão e aceitação do paciente às propostas a ele oferecidas.

Estamos diante de um problema logístico racional que além de repercussões na vida das pessoas também acarreta prejuízos de outras ordens, que deve ser combatido com cautela e com a devida qualificação e especificação, acolhendo os pacientes de maneira individual, ouvindo suas queixas, saber se o tratamento instituído tem sido o melhor para ele, e oferecer alternativas ao tratamento crônico com benzodiazepínicos.

Conclui-se que a renovação de receitas de benzodiazepínicos na Equipe de Saúde

Bela Vista, deva acontecer de maneira presencial, com o devido acolhimento do paciente, para que haja um uso racional e consciente destes remédios, pensando se na qualidade de vida e satisfação da população de forma plena.

REFERÊNCIAS

APÓSTOLO, J.L.A. *et al.*. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, volume 19, n. 2, p. 348-353. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200017&lng=en&nrm=iso&tlng=en Acesso em 29 jan 2020.

BERNIK, M.A. **Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência**; São Paulo: EDUSP, 1999. 242p.

BONSANTO, F. A. **Acolhimento: sonoras reflexões com Paulo Freire como prática de inclusão de crianças com deficiência na Creche Clélia Gervásio Scafuto – Juiz de Fora (MG)**. Dissertação (mestrado acadêmico) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/10760/1/flaviaalvesbonsanto.pdf> Acesso em: 3 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS 224, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf Acesso em: 29 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 125. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf Acesso em: 29 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 29 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf Acesso em: 29 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2008 Disponível

em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Acesso em: 29 jan. 2020.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Básica à Saúde. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

FORSAN, M. A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. Campos Gerais/MG, 2010. Disponível em: <https://docplayer.com.br/18904419-Maria-aparecida-forsan-o-uso-indiscriminado-de-benzodiazepinicos-uma-analise-critica-das-praticas-de-prescricao-dispensacao-e-uso-prolongado.html> Acesso em: 21 jul. 2020.

FRASER, A.D. Use and abuse of the benzodiazepines. **Ther Drug Monit.** volume 20, n. 5, p. 481-489, 1998.

GREEN, M. J.; BENZEVAL, M. Ageing, social class and common mental disorders: longitudinal evidence from three cohorts in the West of Scotland. **Psychological Medicine**, volume 41, 2011, p. 565–574. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/ageing-social-class-and-common-mental-disorders-longitudinal-evidence-from-three-cohorts-in-the-west-of-scotland/FB34EA96A4B090DDF43670AFE7EB47F0> Acesso em: 29 jan 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Dados 2010**, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-joao-del-rei/panorama> Acesso em: 29 jan. 2020.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/seminarioaps_26maio09_caderno_miolo.pdf Acesso em: 29 jan. 2020.

[MENDES, E. V. A **Saúde**: a cartografia do trabalho vivoredes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 pl.

MENDOZA-SASSI, R; BÉRIA, J.U.; BARROS, A.J. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Rev. Saúde**

Pública. volume 37, n. 3, 2003, p. 372-378.

MERHY, E.E; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

MURCHO, N.; PACHECO, E.; JESUS, S. N. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 15, p. 30-36, 2016 . Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100005&lng=pt&nrm=iso Acesso em 29 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: https://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf Acesso em: 3 mar. 2020.

SÃO JOÃO DEL REI (MG). In: **ENCICLOPÉDIA dos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro: IBGE, 1959. v. 27. p. 224-232. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-joao-del-rei/historico> Acesso em: jan. 2020.

SILVA, J. A. História dos Benzodiazepínicos. In: BERNIK, M.A (Editor). **Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência**. São Paulo (SP):Edusp; 1999. p. 15-28

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em:< <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2020.
