

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

**NAYARA JARDIM FERREIRA PESSOA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: COMBATE AO USO ABUSIVO DE  
PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS**

**2017**

**NAYARA JARDIM FERREIRA PESSOA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: COMBATE AO USO ABUSIVO DE  
PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

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

Orientadora: Dra. Célia Maria de Oliveira

**GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS**

**2017**

**NAYARA JARDIM FERREIRA PESSOA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: COMBATE AO USO ABUSIVO DE  
PSICOFÁRMACOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa. Dra. Célia Maria de Oliveira - UFMG

Examinador 2 – Profa. Ms. Daniela Coelho Zazá – Unibh

Aprovado em Belo Horizonte, em 14 de julho de 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, soberano de todas as coisas, por mais uma conquista.

Aos meus pais, meus maiores incentivadores.

Ao curso de pós-graduação por proporcionar e contribuir com o meu aprendizado.

A professora e orientadora Dr<sup>a</sup> Célia Maria de Oliveira que me encaminhou para o fechamento desta jornada.

E aos que contribuíram de modo direto e indireto, muito obrigada.

## RESUMO

O presente estudo trata do uso abusivo de psicofármacos por pacientes atendidos na atenção primária. Os fatores associados ao maior uso de medicamentos psicotrópicos na Estratégia Saúde da Família são: sexo feminino, idade avançada, multi morbidades com polifarmácia, sintomas depressivos e pior percepção de saúde. O presente trabalho tem como objetivo realizar um projeto de intervenção visando à redução do uso abusivo de psicofármacos na Estratégia Saúde da Família Valdivina Ferraz de Brito. Neste trabalho, optamos pela revisão bibliográfica narrativa, uma vez que ela dá maior flexibilidade de busca do material a ser analisado. Este foi coletado na Secretaria Municipal de Saúde de Nanuque, dados do Ministério da Saúde e arquivos da própria unidade de saúde, bem como na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como nos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A estratégia está voltada para oferta de informação por meio de intervenções breves, implantação de linha guia em saúde mental e estreitamento da relação UAPS-CAPS visando melhorar a referência e contra referência dos pacientes. Pretende-se que este trabalho contribua para a reestruturação da saúde mental no nosso município.

**Descritores:** Psicotrópicos, Atenção Primária, Planejamento em Saúde.

## **ABSTRACT**

The present study deals with the abusive use of psychoactive drugs by patients attending primary care. The factors associated with the greater use of psychotropic medications in the Family Health Strategy are: female gender, advanced age, multimorbidities with polypharmacy, depressive symptoms and poorer health perception. The present work aims to carry out an intervention project aimed at reducing the abusive use of psychotropic drugs in the Family Health Strategy Valdivina Ferraz de Brito. In this work, we opted for the bibliographic narrative review, since it gives greater flexibility of search of the material to be analyzed. This was collected at the Municipal Health Department of Nanuque, data from the Ministry of Health and archives of the health unit itself, as well as the Virtual Health Library (VHL), databases of Latin American and Caribbean literature on Health Sciences (LILACS) and in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), as well as in the modules of the Specialization Course in Basic Health Care of the Family of the Federal University of Minas Gerais (UFMG). The strategy is focused on providing information through brief interventions, implementation of guidelines in mental health, and narrowing of the UAPS-CAPS relationship to improve referral and referral of patients. It is intended that this work contributes to the restructuring of mental health in our municipality

**Keywords:** Psychotropic, Primary Care, Health Planning.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>QUADRO 1: Problemas Priorizados a partir da Análise Situacional .....</b>	<b>21</b>
<b>QUADRO 2: Operações sobre o Nó Crítico Desconhecimento dos efeitos colaterais.....</b>	<b>22</b>
<b>QUADRO 3: Operações sobre o Nó Crítico Dificuldade de Desmame dos Psicofármacos.....</b>	<b>23</b>
<b>QUADRO 4: Operações sobre o Nó Crítico Ausência de Grupos Operativos em Saúde Mental .....</b>	<b>23</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 O município de Nanuque - MG .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 A Estratégia Saúde da Família Valdivina Ferraz de Brito .....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>16</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>6.1 Primeiros Passos- Identificação do Problema .....</b>	<b>21</b>
<b>6.2 Priorização dos Problemas .....</b>	<b>21</b>
<b>6.3 Terceiro Passo- Descrição dos Problemas.....</b>	<b>21</b>
<b>6.4 Quarto Passo- Explicação do Problema .....</b>	<b>22</b>
<b>6.5 Quinto passo: Seleção dos “nós críticos” .....</b>	<b>22</b>
<b>6.6 Sexto passo: Desenho das Operações .....</b>	<b>23</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 O município de Nanuque- MG.

O município de Nanuque, Minas Gerais, possuía dois distritos: a sede e o de Serra dos Aimorés, que em 30/12/1962 alcançou autonomia municipal pela Lei nº 2.764, sendo instalado a 1º de Maio de 1963. Houve retificação de Divisas do Município de Nanuque, comprovando-se que o Distrito de Vila Pereira, pela Lei nº 663, de 25 de Novembro de 1953, pertencia ao município de Nanuque e não ao município de Carlos Chagas. Pelo Decreto-Lei Estadual nº 1.058 de 31/12/1943, Indiana teve seu nome alterado para Distrito de Nanuque, cujo nome significa bugre de cabelos lisos e negros. Em 27/12/1948, pelo artigo 3º da Lei nº 336, o distrito de Nanuque é elevado a categoria de município, que foi instalado no dia 1º de Janeiro de 1949 pelo Sr. Arlindo de Almeida Castro, juiz de paz, no exercício do cargo de Juiz de Direito da Comarca de Carlos Chagas. O Dr. Oduvaldo dos Santos Pinto, intendente, deu posse ao primeiro prefeito a 2 de Abril do mesmo ano, o Sr. Franz Schapper (IBGE, 1986).

Atualmente, Nanuque conta com o Distrito-sede, o de Vila Pereira e com o povoado de Gabriel Rezende Passos criado pela Lei Municipal nº 273, de 18/12/1963, e assim denominado pela Lei Municipal nº 315 de 2 de Julho de 1965 (IBGE, 1986).

Nanuque faz parte do estado de Minas Gerais pertencente a Mesorregião do Vale do Mucuri e do Circuito Turístico das Pedras Preciosas de Minas Gerais. Nanuque também é conhecida por ser a principal cidade da Microrregião de Nanuque que abrange cerca de dez municípios e com área total de 8.471,872 km². Sua população segundo censo de 2010 é de 41.876 habitantes. A cidade de Nanuque é referência por ser rota para o Litoral Norte do Estado do Espírito Santo e para o Litoral Sul do Estado da Bahia pela rodovia federal BR-418. A cidade fica localizada a 620 km da capital, Belo Horizonte e é cortada pelo rio Mucuri, considerado o 5º rio mais rápido do mundo e faz divisas com os estados do Espírito Santo e Bahia (IBGE, 2010).

Economicamente conta com o comércio, prestações de serviços, indústrias (frigorífico e usina de álcool anidro e fábrica de açúcar), na agropecuária o município se destaca pela criação de bovino de corte e leite (IBGE, 2010).

Nanuque faz parte do Circuito das Pedras Preciosas do Vale do Mucuri e Jequitinhonha que fazem parte as cidades de: Água Boa, Capelinha, Caraí, Carlos Chagas, Itamarandiba, Itambacurí, Jenipapo de Minas, Ladainha, Minas Novas, Nanuque, Novo Cruzeiro, Padre Paraíso e por fim Teófilo Otoni.

Atualmente o município conta com 12 equipes de ESF's implantadas, todavia, em geral as mesmas abrangem maior número de pessoas conforme preconizadas pela Política Nacional de Assistência Básica/ Portaria nº 2488 de 10 de outubro de 2011, onde estabelece a média de 3.000 pessoas com o mínimo de 2.000 e máximo de 4.000 pessoas por equipe.

## **1.2 A Estratégia Saúde da Família (ESF) Valdivina Ferraz de Brito**

A Estratégia Saúde da Família Valdivina Ferraz de Brito é composta por duas unidades. Na unidade II de minha atuação, contamos com a equipe formada por uma Médica, uma Enfermeira, dois Técnicos de Enfermagem, um Auxiliar de Enfermagem, dois Recepcionistas e seis Agentes Comunitários de Saúde. Atualmente, contamos com 1.370 famílias cadastradas, um total de 3.355 pessoas atendidas.

Os programas desenvolvidos atualmente são: Grupos de Hipertensão Arterial Sistêmica, Grupos de Diabetes Mellitus, Pré-natal, Hanseníase, Tuberculose, Puericultura, Planejamento Familiar e Tabagismo. O número de atendimentos mensais é de aproximadamente 230 consultas.

A Atenção Primária a Saúde é a porta de entrada, o primeiro contato com o paciente. Neste sentido, torna-se fundamental um bom atendimento aos pacientes, reduzindo-se a incidência de doenças e, conseqüentemente, a necessidade de atendimento na atenção secundária.

Entre indivíduos do sexo feminino a incidência de consumo de medicações psicotrópicas é elevada, o que gera grande demanda de consultas, sobrecarga no processo de trabalho dos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e por muitas vezes, um grande número de dependentes destes fármacos.

A identificação da dificuldade dos pacientes para aderirem à prática de atividade física regular, controle de peso, dieta saudável, mudanças de hábitos; bem como a dificuldade na regularidade do uso de medicamentos, dentre outros fatores observados, contribuíram para a escolha do tema deste trabalho. A intervenção da

equipe ocorre de modo gradual, onde grande parte dos pacientes apresenta resistência para o tratamento e conseqüente mudança de hábitos de vida diários.

Segundo Basquerote (2012) o uso das medicações psicotrópicas varia de acordo com a idade, sexo, saúde e alguns fatores externos. Assim, pode-se constatar que o uso de medicamentos é maior entre as mulheres, as quais apresentaram nas avaliações os piores estados funcionais, sintomas depressivos e maior número de internações hospitalares.

De acordo com Bardel, Wallander e Svardsudd (2000), o fator idade é variável constante no uso de medicamentos psicotrópicos, o que se caracteriza logo após os 40 anos.

Os fatores associados ao maior uso de medicamentos psicotrópicos na Estratégia Saúde da Família Valdivina Ferraz de Brito são: sexo feminino, idade avançada, multi morbidades com polifarmácia, sintomas depressivos e pior percepção de saúde. As mulheres procuram regularmente os serviços de saúde, onde geralmente reclamam de insônia e estão dispostas a tomar “tranquilizante”, pois é uma estratégia rápida para a resolução deste problema. É neste contexto que geralmente se dá a inicialização ao uso de psicofármacos.

Para tal intervenção, sugerimos modelos de acompanhamento aos usuários por meio de consultas individuais e coletivas, que busquem fortalecer atitudes saudáveis e/ou a oferta de alternativas esportivo-culturais; modelos voltados para a modificação do ambiente, das condições e práticas instrucionais; que visam a sensibilização de lideranças naturais para atuarem como multiplicadores do processo. Vale salientar que o critério mais importante para escolher o modelo de ação mais adequado a cada circunstância e contexto é reconhecer e respeitar as características e as necessidades da comunidade.

O interesse pelo referido tema surgiu durante minha atuação como médica responsável pela equipe da Estratégia Saúde da Família Valdivina Ferraz, no Município de Nanuque – MG, onde foi constatado a alta prescrição medicamentosa por mês de psicotrópicos, após reunião com a equipe foi verificado a dependência destes pacientes, e inicializado uma intervenção multidisciplinar para reduzir essas taxas.

## 2 JUSTIFICATIVA

Com a Reforma Psiquiátrica houve maior interação entre a Atenção Primária à Saúde e a Saúde Mental, quebrando tabus e crenças sobre o transtorno mental. Esses transtornos se tornam cada vez mais frequentes e muitos são os motivos para esse aumento, entre eles, as condições econômicas e sociais precárias. Também contribui para esse aumento condições individuais como a ansiedade, o estresse, a depressão e a insônia. Estas representam, em média, 30% dos motivos para consulta na unidade de atuação, seja para renovação de receita (azul ou receituário especial) ou mesmo para busca de uma medicação que ajude a enfrentar problemas como ansiedade, estresse, insônia.

A grande maioria dos pacientes que utiliza esses medicamentos não necessita ou faz uso prolongado dos mesmos por mais de cinco anos, sem reavaliação de seu estado mental, por médico psiquiatra ou psicólogo.

A maioria dos pacientes começou a utilizar psicotrópicos em um momento crítico de sua vida, ou após fim do casamento, desemprego, entre outras causas, após seis meses fazendo o tratamento estes pacientes viciaram e referem que “somente conseguem dormir se tomar a medicação, ou ainda que passam melhor o dia tomando a medicação”, não houve o desmame medicamentoso, fazendo com que a cada mês os pacientes retornam a unidade em busca de receitas médicas, para fazer a aquisição.

O uso abusivo de psicotrópicos vem trazendo sérios problemas de dependência. Além disso, é preocupante a falta de profissionais que estejam dispostos a escutar, apoiar e prestar assistência adequada a esses pacientes.

Atendemos a uma população diária de 26 pacientes, com uma média de 10 pacientes que fazem uso de algum psicofármaco. Os mais frequentes são: diazepam, clonazepam, amitriptilina e fluoxetina.

Diante desta situação, foi discutido com toda equipe, em reunião programada, a problemática citada acima. Percebeu-se que a intervenção neste problema seria de grande importância, tanto para a população quanto para a gestão de saúde municipal, considerando que o retorno seria tanto em saúde e qualidade de vida para os pacientes quanto financeiro para o município. O projeto tem possibilidades reais de ser realizado, portanto, foi selecionado para ser implementado.

### **3 OBJETIVOS**

#### **Objetivo geral:**

Elaborar um projeto de intervenção visando à redução do uso abusivo de psicofármacos na ESF Valdivina Ferraz de Brito.

#### **Objetivos específicos:**

Levantar dados por meio da literatura pertinente acerca do desconhecimento dos efeitos colaterais pelos pacientes que utilizam os psicofármacos;

Elaborar um programa de educação permanente em saúde mental para os pacientes visando o desmame dessas medicações;

Realizar palestras e proporcionar textos informativos em grupos operativos de saúde mental.

#### 4 METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho a ser realizado com usuários, que fazem uso crônico de drogas psicoativas, adscritos na área de abrangência da ESF Valdivina Ferraz de Brito na Cidade de Nanuque – MG.

Foi aplicado o método da estimativa rápida, proposto em uma das etapas do módulo de Planejamento Estratégico Situacional do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, realizado para identificar os problemas a serem enfrentados para que as prioridades fossem estabelecidas.

A proposta de intervenção foi definida após o planejamento estratégico situacional em que se destacou como maior problema da unidade o número de usuários que solicitam renovação de prescrição de medicações psicoativas, em uso crônico sem nenhum plano de cuidados.

A ação será voltada para a informação, acolhimento, tratamento e suporte aos usuários de drogas psicoativas, bem como capacitação dos profissionais de saúde para identificarem os pacientes que necessitam de psicofármacos.

Serão realizadas intervenções breves durante o acolhimento feito pelo enfermeiro e as consultas médicas. No processo de trabalho da unidade será implantada a linha de cuidado em saúde mental do estado.

Por fim, procurar-se-á aumentar a eficiência das referências e contra referências em Saúde Mental, através do estreitamento da relação com o Núcleo de Assistência Social da Cidade, uma vez que a mesma não conta com CAPS.

Neste trabalho, optamos pela revisão bibliográfica narrativa, pois a mesma dá maior flexibilidade de busca do material a ser analisado. Este foi coletado na Secretaria Municipal de Saúde de Nanuque, dados do Ministério da Saúde e arquivos da própria unidade de saúde, bem como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como nos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Optou-se por utilizar artigos científicos produzidos entre 1990 e 2015 em língua portuguesa e inglesa e livros científicos, por considerar mais acessíveis este tipo de publicação para os profissionais de saúde. Foram utilizados os seguintes descritores: Psicotrópicos, Atenção Primária, Planejamento em Saúde.

O projeto foi realizado no período de junho a dezembro de 2016, utilizando atividades educativas, ocupacionais e de autoajuda, juntamente com o acompanhamento de toda a equipe da ESF, devendo-se repetir continuamente seus ciclos de manutenção, para que desta forma seja facilitado a redução do uso desnecessário das medicações psicotrópicas por pacientes assistidas na unidade.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente o estresse é visto como principal responsável pelos quadros de transtorno mental, em especial a depressão (SELINGMANN, 2009).

Conforme o Catálogo Internacional de doenças, 10ª edição, CID-10 (OMS, 1999) que apresenta a classificação, nosológica de episódios depressivos em F32, o número e a gravidade dos sintomas, permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave. Em todos os graus, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução de energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um espaço mínimo observa-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves.

O humor depressivo varia pouco, de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode estar acompanhado de sintomas ditos somáticos; por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes do horário habitual de despertar, agravamento natural da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido (CRUZ, 2010).

O diagnóstico das patologias mentais guarda diferenças quando comparada ao de outras doenças, pois, esta não tem a mesma lógica e objetividade que as outras possuem (FACÓ, 2008). Para diferenciar uma patologia da outra na medicina moderna é necessário à identificação de um sinal patognomônico. Facó (2008, 59), ainda discorre em seu estudo que “dependerá da avaliação subjetiva do profissional de saúde mental, não dispondo de exames específicos para garantir, com pequena margem de erro, um diagnóstico diferencial”.

De acordo com Cruz (2010, p. 12), “a depressão é um distúrbio neuropsicológico que abrange o organismo como um todo, afetando o físico, o humor, o pensamento e até a forma como a pessoa vê e sente o mundo ao seu redor... É como se a vida perdesse a cor”.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), só no Brasil existem cerca de 13 milhões de pessoas depressivas e que em todo o mundo existem cerca de 340 milhões. Por conta da doença, 850 mil suicídios são cometidos, anualmente, em todo o mundo. Atualmente, a depressão é apontada como questão de saúde pública pela OMS, sendo que até 2020, deverá ocupar o segundo lugar.

Existem estudos que abordam aspectos psicológicos, ambientais e bioquímicos que tentam explicar o número significativo de casos de depressão. Mas ainda não existe um consenso sobre o que realmente causa a depressão. O depressivo não aceita que o mundo e as pessoas a sua volta não sejam como ele quer e por não conseguir mudanças, adocece, (DEUS, 2011), deste modo deixa claro que o meio em que o indivíduo vive também é um fator importante no risco de se desenvolver depressão.

A etiologia da depressão não é identificável, uma vez que a origem do quadro é multifatorial. Segundo Cavalcante e Neto (2012) as causas mais comuns de depressão são:

1. Predisposição genética;
2. Ambiente Familiar;
3. Estrutura psicoemocional;
4. Qualidade dos relacionamentos interpessoais;
5. Trabalho: como doença ocupacional, é preciso uma relação direta com o labor, onde haja um nexos causal para a incapacidade do trabalho, conforme previsto na Lei nº 8.213/91 no § 2º do art. 20.

A depressão é uma doença complexa, principalmente pela dificuldade do doente em entender e aceitar a enfermidade. Diante dessa complexidade, a melhor forma de não adoecer é a prevenção (DEUS, 2011).

Para diagnosticar todos os quadros de depressão de maneira clínica, no ano 2000, a Associação Médica Brasileira em parceria com o Conselho Federal de Medicina criou um Projeto de Diretrizes para o tratamento da depressão, para que pudesse auxiliar os médicos na conduta clínica por meio das informações baseadas nas evidências científicas disponíveis. Neste projeto ainda há informações sobre dados epidemiológicos do transtorno, principais terapias medicamentosas e psicológicas para o tratamento da depressão em todos os quadros (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2016).

Pesquisa realizada por Nordon *et al.* (2009) mostrou que a maioria dos usuários de benzodiazepínicos são mulheres. Isto quer dizer que as mulheres tomam até três vezes mais esses medicamentos que os homens. Sendo mais frequente em mulheres viúvas, naquelas com renda per capita menor, com idade entre 60 e 69 anos. Os benzodiazepínicos, de acordo com Nordon *et al.* (2009) têm meia vida longa e possui muitos efeitos colaterais. Os médicos que os receitam, na maioria, são clínicos gerais e as prescrições muitas vezes são inadequadas para os pacientes, podendo torná-los dependentes.

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID - 2013), os benzodiazepínicos têm o papel de agir sobre o cérebro combatendo a tensão e ansiedade do paciente. Os mais usados são os ansiolíticos, que produzem depressão da atividade cerebral, caracterizando-se por diminuição da ansiedade, indução ao sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta. Os ansiolíticos estão entre as substâncias psicotrópicas mais usadas do mundo. O consumo prolongado pode causar dependência química e alterações no comportamento, podendo acarretar complicações pessoais e sociais graves.

Atualmente, o uso indiscriminado de ansiolíticos se tornou um problema de saúde pública, atingindo grandes dimensões. Na literatura podemos encontrar em destaque que o uso dessas medicações é maior pelas mulheres, o que, de forma unânime, as coloca em posição de vulnerabilidade em relação aos efeitos nocivos do uso excessivo desses medicamentos (MONTEIRO, 2008).

A literatura ainda aponta que a classe de medicamentos que mais causa dependência física e psicológica é a dos benzodiazepínicos, onde estão agrupados os ansiolíticos. É frequente que mesmo após o término do tratamento as pessoas continuam com o uso inapropriado destes medicamentos. A síndrome da retirada ou da abstinência causa um grave desconforto, ocasionado pela retirada rápida da medicação, podendo ocasionar distúrbios fisiológicos que comprometem a saúde orgânica e mental do paciente (RIBEIRO *et al.*, 2010).

De acordo com Basquerote (2012), os benzodiazepínicos, mais frequentemente os ansiolíticos, são prescritos em sua grande maioria por médicos que atuam na atenção primária à saúde. Todavia, mesmo com restrição de receita, a sua venda é crescente e dobra a cada cinco anos.

O uso abusivo dessas medicações é considerado problema de saúde pública visto que faz parte do dia a dia das Estratégias de Saúde da Família. Monteiro

(2008) ainda fala sobre a possível desinformação dos médicos sobre os efeitos adversos dessas medicações, considerando que os “bloquinhos azuis” sempre acabam muito rápido e os benzodiazepínicos são os mais prescritos.

Ainda de acordo com a mesma autora, fatores desencadeantes dessa manutenção em tempo prolongado pode ser tendência na medicalização excessiva, como a “onipotência” do médico e ainda a “boa vontade”, para que o paciente se sintam bem e que melhore sua qualidade de vida.

A equipe de saúde da família muitas vezes, encontra-se sem suporte técnico e teórico suficiente para prestar a assistência adequada ao paciente depressivo e sua família. É preciso investir em educação permanente dos profissionais, sendo indispensável o incentivo e estímulo as equipes de atenção básica no sentido de produzirem novos saberes sobre a saúde mental (SARTOR, 2012, p. 203).

Fontana (2012) ressalta o despreparo dos profissionais de saúde para lidarem com pacientes com transtorno mental, e isso é preocupante devido à alta incidência de pacientes com esses quadros, o que pode comprometer a saúde da população. Organização e capacitação são necessárias para o início da assistência de qualidade para todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

Para a intervenção do profissional da saúde mental, é necessário que as Estratégias de Saúde da Família se integrem ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para que o atendimento do paciente seja multidisciplinar. Assim assumiríamos o papel dado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p.6): “responsabilização em relação à produção de saúde, a busca da eficácia das práticas e a promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo”.

Nessa perspectiva, para que as ações de saúde mental sejam adotadas na atenção primária, é estritamente necessário que todos os profissionais em atuação estejam devidamente capacitados para a abordagem do usuário com problemas psíquicos (RIBEIRO *et al.*, 2010).

É notório que serão necessários alguns planejamentos para preencher a ociosidade vivida pelo paciente, como palestras e atividades que promovam lazer.

Marcos (2012, p. 288) afirma que:

As manifestações artísticas tem se aproximado progressivamente de ambientes de atenção e cuidados a saúde e espaços terapêuticos, com

destaque para diversas iniciativas pelo Brasil, tanto em laborterapia e as oficinas terapêuticas são exemplos nesse enlace ativo no cuidado e na assistência a pessoas com distúrbios psicológicos. Nessa mistura as pessoas se reconstroem, reavaliam suas situações de vida e seus valores; procuram novo equilíbrio e tem a chance de recriar suas vidas.

À vista dessas questões, podemos afirmar que deve persistir o controle das receitas azuis, conscientizando os médicos e toda a equipe de saúde, alertando a comunidade sobre os efeitos dos benzodiazepínicos e seus malefícios sobre o organismo após o uso prolongado, podendo-se concluir que estas são as melhores alternativas para a redução do uso desses medicamentos.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Ao fazer a análise situacional do território da equipe de saúde ESF Valdivina Ferraz de Brito foi determinado um grupo de problemas que afetam a população e que interferem em seu estado de saúde.

### 6.1. Primeiro Passo – identificação dos problemas

Os principais problemas identificados na ESF Valdivina Ferraz de Brito foram:

- 1- Consumo de medicações psicotrópicas sem plano de cuidados, principalmente as mulheres;
- 2- Idosos em uso de vários medicamentos;
- 3- Não aderência aos tratamentos propostos.

### 6.2. Priorização dos Problemas:

**Quadro1: Problemas priorizados a partir da análise situacional**

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Uso crônico de medicações psicoativas sem plano de cuidado	Alta	7	Parcial	1
Idosos em uso de vários medicamentos	Alta	5	Parcial	2
Não aderência a tratamentos	Alta	4	Parcial	3

Fonte: Autoria própria (2017)

### 6.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema

O tema escolhido para ser abordado é o uso crônico de medicações psicoativas sem um plano de cuidados, onde na ESF atende-se 5.034 pacientes e destes 621, fazem o uso regular de medicação psicoativa sem realizarem consulta com psiquiatra e ter acompanhamento com psicólogo.

#### 6.4 Quarto Passo: Explicação do problema

O consumo de medicações psicoativas é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O agravamento desse problema na Estratégia Saúde da Família Valdivina Ferraz de Brito foi atribuído ao desconhecimento dos efeitos colaterais e dificuldade de “desmame” dessas medicações pela população, principalmente composta por mulheres. Soma-se a isso a inexistência de grupos operativos em saúde mental na unidade, associado à dificuldade de consulta especializada (ou matriciamento dos casos), o que culmina em uma renovação persistente de medicações sem uma reavaliação pormenorizada de cada caso.

#### 6.5 Quinto passo: Seleção dos “nós críticos”

- Desconhecimento dos efeitos colaterais.
- Dificuldade de “desmame” dessas medicações.
- Ausência de grupos operativos em saúde mental.

#### 6.6. Sexto passo: Desenho das Operações

**Quadro 2: Operações sobre o “nó crítico Desconhecimento dos efeitos colaterais”**

<b>Nó crítico 1</b>	Desconhecimento dos efeitos colaterais
<b>Operação</b> (operações)	<b>Fique Alerta</b>
<b>Projeto</b>	Aumentar nível de Informação Educação Permanente da Equipe
<b>Resultados esperados</b>	População esclarecida sobre efeitos colaterais dos medicamentos Equipe Preparada para auxiliar os pacientes no tratamento
<b>Produtos esperados</b>	Usuários menos propensos a utilizarem medicações psicoativas Melhor acolhimento e encaminhamento durante o tratamento
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Implantação do CAPS na cidade para o encaminhamento desses pacientes; Cognitivo: informação aos pacientes sobre o serviço de saúde mental; Financeiro: incentivo do governo Estadual; Político: o gestor envolvido com a causa.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: falta de estrutura. Cognitivo: pacientes com baixa adesão ao programas.

	Político: Adesão do gestor. Financeiro: Aquisição de recursos monetários
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Ator que controla: Enfermeiro e Médico Político: Gestor
<b>Ações estratégicas</b>	Acolhimento dos usuários de psicofármacos.
<b>Prazo</b>	Início do projeto -Agosto 2017
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médico e Enfermeiro
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Será avaliada semestralmente.

Fonte: Autoria própria (2017)

**Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico dificuldade de desmame dos psicofármacos”**

<b>Nó crítico 2</b>	Dificuldade de desmame dos psicofármacos
<b>Operação (operações)</b>	<b>Psicofármacos.</b>
<b>Projeto</b>	Mais profissionais voltados a esse público
<b>Resultados esperados</b>	População atendida por psiquiatras e psicólogos para acompanhamento.
<b>Produtos esperados</b>	Menor taxa de uso de psicofármacos
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: especialistas na unidade para atender os pacientes. Cognitivo: informação aos pacientes; Financeiro: incentivo da prefeitura Político: o gestor envolvido com a causa.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: especialista Cognitivo: pacientes com recusa aos tratamentos opcionais. Político: gestor Financeiro: incentivo da prefeitura.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria Municipal de saúde e ESF
<b>Ações</b>	Encaminhamento dos pacientes ao serviço de referência em saúde

<b>estratégicas</b>	mental.
<b>Prazo</b>	Setembro 2017
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Secretaria de saúde e enfermeira.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Será avaliada semestralmente.

Fonte: Autoria própria (2017)

**Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico Ausência de grupos operativos em saúde mental”**

<b>Nó crítico 3</b>	Ausência de grupos operativos em saúde mental
<b>Operação (operações)</b>	<b>Construir um grupo de saúde mental na unidade</b>
<b>Projeto</b>	Minha saúde mental.
<b>Resultados esperados</b>	Grupo de saúde mental funcionando a cada 15 dias na unidade.
<b>Produtos esperados</b>	Pacientes envolvidos nos grupos de saúde mental.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: especialistas na unidade para atender os pacientes no grupo de saúde mental Cognitivo: informação aos pacientes; atividades laborais. Financeiro: incentivo da prefeitura Político: o gestor envolvido com a causa.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: especialista Cognitivo: pacientes com recusa a ir nos grupos . Político: gestor Financeiro: incentivo da prefeitura.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Enfermeira e Médico
<b>Ações estratégicas</b>	Captar pacientes para o grupo de saúde mental
<b>Prazo</b>	Outubro 2017
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento</b>	Enfermeira

<b>das operações</b>	
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Será avaliada trimestralmente.

Fonte: Autoria própria (2017)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação não é tarefa fácil. Encontramos diversos problemas tanto na elaboração do plano quanto na forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada.

Vale ressaltar, que a equipe se manteve atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, fazendo as correções de rumo necessárias.

Com o presente estudo podemos observar que em geral, as mulheres usam mais benzodiazepínicos quando comparadas aos homens, especificamente os ansiolíticos, com o intuito de “resolverem” os problemas de vida diária. O uso indevido é um grave problema de saúde pública, onde o médico, a paciente e a família estão inseridos.

A frequência às unidades de saúde, habitualmente, para muitas mulheres se dá no intuito de conseguir uma receita para “adormecer” os problemas. As principais queixas são insônia, problemas financeiros e problemas de família, e esses remédios fariam verdadeiros “milagres”, promovendo a calma, a segurança, eliminando a depressão de uma forma deturpada.

Mesmo com essas constatações, ainda há a falta de informação como fator principal para o despreparo dos profissionais, favorecendo o excesso de receitas oferecidas aos usuários. Portanto, os profissionais de saúde devem se capacitar para identificar os pacientes que necessitam de psicofármacos, reduzindo o uso indiscriminado desses medicamentos.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Projeto Diretrizes**. 2016. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/index.php>. Acesso: 25/02/2017

BARDEL, A.; WALLANDER, M.; SVÄRDSUDD, K. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65- year-old women in mid-Sweden: a population based study. **Journal of Clinical Epidemiology**, Bethesda, USA, v. 53, p. 637-643, 2000.

BASQUEROTE, M. **Benzodiazepínicos: causas para o uso suas consequências para a população**. Curso de Especialização em Saúde da Família. Florianópolis: UNISUL/EaD, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **O que são drogas psicotrópicas?** Departamento de Psicobiologia. São Paulo: Unifesp/EPM, 2013. Disponível em: [http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/drogas\\_.htm#depressores](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/drogas_.htm#depressores) Acesso em: 30 de setembro de 2016.

CRUZ Jr. AJ. **Transtornos Psiquiátricos e sua Relação com o Trabalho**, maio/2010.

DEUS, G. **Mente Saudável**. Viver CASSEMS. ed 7, p. 24-29, 2011.

FACÓ, M. L. **Um Mosaico da Depressão: dos Sujeitos Singulares aos Transtornos Universais**. São Paulo: Escuta, 2008.

FONTANA, K. C. **O enfermeiro no cuidado em saúde mental. Curso de Especialização em Saúde da Família**. Florianópolis: UNISUL/EaD, 2012.

IBGE. Oliveira, EAM. **Nanuque, seu povo, sua história**. Ivan Claret Marques Fonseca. 1986

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314430>. Acesso 23/03/2017

MARCOS, M. L. **A arte é o remédio: arte e saúde mental no contexto da saúde mental**. Curso de Especialização em Saúde da Família. Florianópolis: UNISUL/EaD, 2012.

MONTEIRO, V. F. F. **Perfil dos medicamentos ansiolíticos atendidos na farmácia municipal do município de Campos dos Goytacazes - RJ no ano de 2008**. 2008.

18 f. Monografia (Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, 2008.

NORDON, D. G. *et al.* Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, RS, v. 31, n. 3, p. 152-158, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Uso e abuso de benzodiazepínicos.** Bulletin of the World Health Organization, v. 61, n. 4, p. 551-562, 1999.

WHO (World Health Organization). The World Health Report 2008: primary health care more than ever. Geneva (Switzerland): **World Health Organization**; 2009

RIBEIRO, L. M. *et al.* Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 376-382, 2010.

SARTOR, G.M. **Depressão:** um desafio na Atenção Básica. Especialização em Saúde da Família. Modalidade a distância- Resumo dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

SELIGMANN-SILVA, S. E. Saúde mental no trabalho contemporâneo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE STRESS DA ISMA-BR, 9., 2009, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ISMA-BR, 2009.