

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MONALISA ALVES RICCI

**USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS**

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS

2014

MONALISA ALVES RICCI

**USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS**

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

Tutora: Prof.^a. Dr.^a. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS

2014

MONALISA ALVES RICCI

**USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS**

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

Tutora: Prof.^a. Dr.^a. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

Banca Examinadora

Prof.^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá - Orientadora

Prof.^a Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas - Examinadora

Aprovada em Alfenas: 05/07/2014

RESUMO

O uso abusivo e prolongado dos psicofármacos, particularmente dos benzodiazepínicos, no tratamento de transtornos mentais tem resultado em eventos adversos, entre eles, a dependência. Após a análise situacional realizada com a equipe de saúde da família, por meio da estimativa rápida, observamos que um dos problemas de maior prioridade foi o elevado consumo de benzodiazepínicos e de solicitações de renovação de receitas. Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação de enfrentamento a essa problemática pela equipe de saúde do PSF Esperança I, localizada na cidade de Poços de Caldas, sul de Minas Gerais.

Palavras Chave: Saúde Mental. Psicofármacos. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Abusive and prolonged use of psychotropics, particularly the benzodiazepines in the treatment of mental disorders has resulted in adverse events, including the dependence. After the situational analysis along with the team of family health through the rapid assessment, we observed that one of the highest priority problems was the high consumption of benzodiazepines and requests for prescription refills. This study aimed to develop an action plan for coping with this problem by healthcare PSF Esperança I, located in Poços de Caldas, southern Minas Gerais.

Keywords: Mental Health. Psychotropics. Family Health Strategy.

AGRADECIMENTOS

À minha família, amigos e orientadores.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------|------------------------------------|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1- | Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico do PSF Esperança I. | 20 |
| Quadro 2- | Desenho das operações para os nós críticos do uso abusivo de. | 22 |
| Quadro 3- | Recursos críticos para o desenvolvimento das operações de enfrentamento dos nós críticos do uso abusivo de benzodiazepínicos. | 23 |
| Quadro 4- | Análise de viabilidade do plano de enfrentamento dos nós críticos do uso abusivo de benzodiazepínicos. | 24 |
| Quadro 5- | Plano Operativo | 25 |
| Quadro 6- | Proposta de gestão do plano | 26 |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 | JUSTIFICATIVA | 12 |
| 3 | OBJETIVO | 13 |
| 4 | METODOLOGIA | 14 |
| 5 | REVISÃO DE LITERATURA | 15 |
| 5.1 | Breve histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil | 15 |
| 5.2 | Uso de Benzodiazepínicos no tratamento de transtornos mentais | 16 |
| 6 | CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO | 19 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 27 |
| | REFERÊNCIAS | 28 |

1 INTRODUÇÃO

A assistência e o tratamento às pessoas apresentando transtornos mentais no contexto brasileiro têm avançado, principalmente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A reforma psiquiátrica, formalizada pela Lei 10.216/01, tem levado a organização de um modelo humanizado, baseado na integralidade da atenção às pessoas com transtornos mentais na rede pública de saúde, cuja proposta é mudar o foco da hospitalização como centro terapêutico aos pacientes. Desse modo, o governo federal, tem formulado políticas nacionais de saúde mental, introduzindo no SUS novas medidas complementares de tratamento às pessoas com transtornos mentais, inclusive a dependentes químicos, sem desconsiderar a necessidade de internação dos pacientes. Assim, as internações hospitalares precisam serem entendidas dentro de uma concepção ampliada de atendimento, que vai se inicia na atenção primária até o atendimento especializado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS integram a rede de atenção em saúde mental em todos os estados brasileiros. São unidades assistenciais preparados para o cuidado e a reabilitação dos pacientes, inclusive, os dependentes de álcool e drogas, que busca contribuir para a promoção da reinserção dos pacientes à sociedade. Esses Centros são constituídos por equipes multiprofissionais, tais como, médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

Além dos CAPS, a rede de atenção integrada em saúde mental no cenário brasileiro, também conta com os atendimentos oferecidos por meio de mais de 32

mil Equipes de Saúde da Família, das Casas de Acolhimento Transitório (CATs), dos Consultórios de Rua e das Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o documento “Integração da Saúde Mental nos cuidados primários – uma perspectiva global”, cuja proposta previa a implantação da Saúde Mental nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS). Os principais objetivos eram melhorar a assistência aos pacientes com transtornos mentais, nos serviços da APS. Para a OMS, é necessário que haja equipes multiprofissionais preparadas para desenvolver essa tarefa (OMS, 2008).

Na rede de assistência hospitalar, estão disponíveis 32.735 leitos. A eles, somam-se outros cerca de dois mil leitos nos CAPS, nas CATs e nas Comunidades Terapêuticas. Esses serviços de saúde recebem recursos financeiros do governo federal (BRASIL, 2011).

Dados do Ministério da Saúde revelam que cerca de 21% da população brasileira, ou seja, 39 milhões de pessoas fazem uso ou alguma vez na vida necessitará de atenção nos serviços de Saúde Mental, e que 3% da população sofrem de transtornos mentais graves e persistentes (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

A proposta do Programa de Saúde Mental é promover ações de saúde para as pessoas com transtornos mentais, sendo o uso de medicamentos psicofármacos essencial para o tratamento, a cura e bem estar dos mesmos (BRASIL, 1999). Apesar disso, verificou-se, nas últimas décadas, um aumento considerável em nível mundial, no uso dos psicofármacos, devido ao aumento de transtornos mentais na população, novos medicamentos e novas indicações terapêuticas de medicamentos já existentes (RODRIGUES; FANCCHINI; LIMA, 2006).

A literatura tem apontado para o uso indiscriminado e prolongado dos psicofármacos, particularmente dos benzodiazepínicos no tratamento de transtornos mentais o que resulta em eventos adversos, entre eles, a dependência (FOSCARINI, 2010).

2 JUSTIFICATIVA

No PSF Esperança I tem sido observado um elevado consumo de benzodiazepínicos e elevado número de solicitações de renovação de receitas de benzodiazepínicos. O seu uso prolongado vem suscitando preocupações entre os profissionais da equipe de saúde da família acerca dos fatores associados ao uso abusivo desses medicamentos na população adstrita da área de abrangência do PSF Esperança I.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação para a prevenção e o controle do uso abusivo de benzodiazepínicos, na área de abrangência do PSF Esperança I, do município de Poços de Caldas, MG.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho constitui-se de um estudo de revisão de literatura narrativa, de natureza descritiva (PEREIRA, 2008), voltado para a intervenção às pessoas apresentando uso abusivo de benzodiazepínicos a partir das necessidades identificadas pela equipe de saúde da família e análise situacional por meio do método de estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foram levantados e analisados os dados do SIAB e a percepção da própria equipe em relação aos problemas identificados, e ainda realizadas entrevistas aos informantes chave. A equipe considerou: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-lo.

A revisão de literatura foi realizada utilizando-se as bases eletrônicas da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico. A busca dos artigos científicos publicados em periódicos eletrônicos foi realizada no período de 2004 a 2013. Os descritores utilizados foram: benzodiazepínicos, Atenção Primária à Saúde e as palavras-chave, Programa Saúde da Família e abuso. Todos os descritores e palavras-chave foram combinados entre si utilizando-se do operador booleano And.

Após leitura criteriosa dos títulos e resumos dos artigos científicos foram excluídos os que não atendiam ao tema proposto. Em seguida foram realizadas leituras na íntegra dos artigos selecionados para este estudo.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Breve histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, a denominada Reforma Psiquiátrica é definida como:

[...] um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91).

A Reforma Psiquiátrica resultou em importantes mudanças no atendimento às pessoas com transtornos mentais, garantindo-se o acesso aos serviços de saúde, respeitando seus direitos de cidadania e liberdade. Antes mesmo da aprovação da “Lei da Saúde Mental”, sete estados e o Distrito Federal já haviam aprovado leis que previam a substituição progressiva da assistência hospitalar de pacientes com transtornos mentais pelo tratamento em outros serviços de saúde (TENÓRIO, 2002). Com a aprovação da Lei 10.216/2001 cria-se um novo modelo de atenção, onde no lugar do isolamento do paciente, este passa a ter apoio e convívio dos membros familiares e da sociedade (BRASIL, 2010a).

A Reforma Psiquiátrica tem buscado uma maior interação entre a Atenção Primária e a Saúde Mental. As unidades de saúde família desenvolvem ações de acolhimento e vínculo entre os profissionais de saúde, o paciente e a família o que pode tornar a Estratégia Saúde da Família (ESF) um importante nível de atenção à saúde mental (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Também foram criados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que dispõem de atenção diária em saúde mental, cujo objetivo é atender as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, através da lógica da territorialidade, com o apoio de equipes multiprofissionais de saúde e atendimento coletivo e individual ao paciente. Além disso, a partir de 2000, foram previstos os denominados "serviços residenciais terapêuticos" (BRASIL, 2000). Esses serviços são casas localizadas preferencialmente na comunidade, cujo principal objetivo é cuidar e servir de moradia para os pacientes, que receberam alta das internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam apoio social e laços familiares, a fim de viabilizar sua reinserção social. As residências terapêuticas se destinam a pessoas que, por terem vivido anos ou décadas hospitalizadas, transformaram-se em moradores de hospital e que com o passar dos anos, perderam seus laços sociais e familiares e tornaram-se dependentes de uma instituição asilar (MIELKE, 2009; TENÓRIO, 2002).

5.2 Uso dos Benzodiazepínicos no tratamento de transtornos mentais

Foscarini (2010), descreve os benzodiazepínicos como agentes que provocam calma e sedação (sonolência) e por isso são classificados como sedativo hipnóticos. Segundo essa autora, a era dos benzodiazepínicos foi inaugurada em 1961, com a introdução do clordiazepóxido na prática clínica dos profissionais médicos. A partir da década de 1960, esses passaram a ser os psicofármacos mais prescritos. No Brasil, é considerada a terceira classe de drogas mais prescrita e cerca de 5,6% da população já os usou em algum momento da vida. Nas décadas de 70 e 80, os efeitos colaterais desses psicofármacos passaram a ser mais pesquisados, sobretudo em relação ao seu potencial de criação de dependência. Assim, teve início em nível mundial uma política de contenção de seu uso e no Brasil se materializou por meio da prescrição médica, com o formulário azul. Diante disso, a prescrição médica de benzodiazepínicos ficou restrita a tratamento de quadros agudos de transtornos de ansiedade, crises convulsivas e como sedativo para cirurgias, de caráter breve e com a menor quantidade possível (KAPCZINSKI, 2001; ROSENBAUM, 2005).

Segundo Foscarini (2010), estudo publicado no Brasil demonstrou a escalada do benzodiazepínico clonazepam (Rivotril), que ocupava o sexto lugar em 2004

passou para a segunda posição no *ranking* em 2008. Nesse sentido, a Portaria nº 1077/GM, estabeleceu as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS para a implantação de um processo de reestruturação da assistência psiquiátrica. Para isso, o Ministério da Saúde criou uma lista de medicamentos utilizados na Saúde Mental, os quais estão contidos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e, segundo a Classe Terapêutica, pertencem à classe de medicamentos que atuam no Sistema Nervoso: anticonvulsivantes; antidepressivos e estabilizadores de humor; antiparkinsonianos; antipsicóticos e adjuvantes; ansiolíticos e hipnosedativos (BRASIL; 2010b).

Lima e colaboradores (2008) ressaltam que para o tratamento de transtornos mentais com psicofármacos, deve-se sempre ser avaliado o risco benefício que o medicamento trará para o paciente, buscando sempre tratar o sintoma alvo específico. Na maioria dos casos, os psicofármacos são a primeira e principal via de escolha de tratamento para as pessoas que sofrem desses tipos de transtornos, que podem ser seguidas de outras intervenções, como por exemplo a terapia.

Um dos principais problemas descritos na literatura são as distorções nas prescrições de benzodiazepínicos, como o tempo prolongado de tratamento, uso equivocado para o alívio de quadros considerados inespecíficos, uso por idosos e outras indicações incompatíveis com o perfil farmacológico da classe (AUCHEWSKI et al., 2004).

Nordon e Hübner (2009) realizaram um estudo de revisão de literatura sobre as características dos pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos e os resultados apontaram que seu uso é mais frequente em mulheres e aumenta conforme a idade. Um estudo escandinavo identificou que 52,7% das prescrições eram direcionadas para pacientes de 65 anos ou mais e 86,9% eram prescrições repetidas.

Os ansiolíticos, possuem elevada eficácia terapêutica, no entanto, apresentam riscos de intoxicação, em função da dose utilizada. São classificados em Benzodiazepínico e Barbitúrico (ORLANDI; NOTO, 2005).

Os Benzodiazepínicos são prescritos para a redução de ansiedade e possuem efeito farmacológico de sedação, indução do sono, redução do tônus muscular e da coordenação, além de serem anticonvulsivantes. Apresentam efeitos tóxicos, quando misturados ao álcool, levando, eventualmente, o paciente ao estado

de coma. Se forem utilizados por tempo prolongado (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

O consumo de ansiolíticos tornou-se um problema de saúde pública, uma vez que são utilizados de forma indiscriminada em todo o mundo. Possuem capacidade de acarretar mudanças comportamentais, causar dependência química, psíquica e/ou física, resultando, muitas vezes, em graves complicações individuais e sociais (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Segundo Foscarini (2010), estudos mostram que os pacientes recorrem a diferentes estratégias para a aquisição de receitas, como a solicitação a médicos amigos ou a familiares ou a diferentes médicos alternadamente. Essa autora aponta outra problemática que é a existência de mercados clandestinos, sem o menor controle sobre o seu consumo.

6 CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Primeiro passo: Definição dos problemas

O PSF Esperança I localiza-se na Rua Rovilson Egídio nº50, no bairro Jardim Esperança. O território da área da abrangência conta com 1036 famílias cadastradas, totalizando 3836 pessoas, com um percentual de alfabetização de 98,09%. A unidade de Saúde Esperança I é bem antiga e anda precisando de reformas, ainda assim sua área é considerada adequada para atender a demanda da população. Todas as salas são de tamanhos adequados. Temos uma recepção enorme que dá para atender a demanda da unidade, sala de triagem, consultório médico, consultório enfermagem, salas de procedimentos para inalação, curativo, coleta de sangue, banheiros separados para funcionários e pacientes, sala dos agentes comunitários de saúde onde também realizamos nossas reuniões de equipe. O horário da manhã é mais tumultuado, pois é o horário da consulta médica, e é realizada a triagem e o acolhimento.

As reuniões com a comunidade são realizadas na recepção do PSF assim como os grupos de educação em saúde. A unidade está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. A comunidade se dispõe de vários recursos. Tem vários estabelecimentos comerciais como padarias, lanchonetes, pizzaria, supermercado, lojas e tem uma fábrica Piffer, onde várias pessoas da comunidade trabalham lá.

Segundo passo: Priorização do problema

Os principais problemas identificados no diagnóstico situacional do PSF Esperança I foram: acúmulo de lixo nos lotes, drogas, alcoolismo, falta de opção de lazer, animais soltos, falta de pavimentação, policiamento, risco de proliferação da dengue, uso abusivo de benzodiazepínicos. Junto com a equipe classificamos por ordem de prioridade que ficou desta forma:

Quadro 1- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico do PSF Esperança I.

| Principais problemas | Importância | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|----------------------------------|--------------------|------------------------------------|----------------|
| Uso abusivo de benzodiazepínicos | Alta | Parcial | 1 |
| Acúmulo de lixo nos lotes | Alta | Parcial | 2 |
| Risco cardiovascular aumentado | Alta | Parcial | 3 |
| Risco de proliferação da dengue | Alta | Parcial | 4 |
| Drogas | Alta | Parcial | 5 |
| Alcoolismo | Alta | Parcial | 6 |
| Policiamento | Alta | Nenhuma | 7 |
| Animais soltos | Média | Parcial | 8 |
| Falta de opção de lazer | Média | Parcial | 9 |
| Falta de pavimentação | Alta | Nenhuma | 10 |

Terceiro passo: Descrição dos problemas identificado

O uso abusivo de benzodiazepínicos na Unidade de PSF identificado através de discussão com os profissionais da equipe de saúde da família e registros das receitas renovadas mensalmente. Considerando os seguintes pontos: urgência, importância, capacidade de enfrentamento.

Quarto passo: explicação do problema

- Elevado número de solicitações de renovação de receitas de benzodiazepínicos.
- Queixas frequentes de ansiedade e insônia.
- Banalização do uso de benzodiazepínicos.

Quinto passo: Seleção dos nós críticos

- Avaliação e acompanhamento insatisfatório do paciente que faz uso de benzodiazepínicos.
- Ausência de capacitação das equipes de Saúde da Família.

Sexto passo: desenho das operações

Os Quadros 2 e 3 apresentam o desenho das operações para os nós críticos e a identificação dos recursos críticos, do uso abusivo de benzodiazepínicos., respectivamente

Quadro 2 – Desenho das operações para os nós críticos do uso abusivo de benzodiazepínicos, Poços de Caldas, 2014.

| Objetivos Específicos | Ações | Responsáveis |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1-Desenvolver atividades com conteúdo teórico para capacitação da equipe de Saúde da Família. | 1-Reuniões de discussão com a equipe de Saúde da Família. para orientações sobre as implicações do uso abusivo de benzodiazepínicos. | 1-Médica e Enfermeira da ESF, e Psicóloga do NASF. |
| 2-Realizar levantamento detalhado dos pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos. | 2-Acompanhamento dos casos conhecidos e constante avaliação de possíveis novos usuários através dos espaços de contato com a população, como acolhimento e visitas domiciliares. | 2-Equipe da ESF. |
| 3-Iniciar campanha de combate a banalização do uso de benzodiazepínicos e esclarecimentos sobre a real necessidade do uso de benzodiazepínicos. | 3-Confeção de materiais como cartazes e panfletos para distribuição na comunidade e fixação em locais de impacto como a própria unidade, escolas e estabelecimentos comerciais. | 3-Equipe da ESF. |
| 4-Incentivar atividades alternativas para os pacientes que fazem uso abusivo de benzodiazepínicos para superação do vício. | 4-Inclusão dos pacientes identificados nos grupos de apoio já existentes implantados pelo NASF, como de atividade física e apoio psicológico. | 4-Educador físico, Nutricionista e Psicóloga do NASF. |

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Quadro 3 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações de enfrentamento dos nós críticos do uso abusivo de benzodiazepínicos.

| Ação | Recursos Críticos |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-Reuniões de discussão | Recursos organizacionais para mobilização dos responsáveis e financeiros para aquisição de materiais didáticos de interesse. |

| | |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2-Acompanhamento e avaliação | Recursos organizacionais para mobilização dos responsáveis. |
| 3-Confeção de cartazes e panfletos | Recursos organizacionais para mobilização dos responsáveis e financeiros para aquisição de materiais de papelaria e impressão de folhetos educativos. |
| 4-Atividades alternativas | Recursos políticos e organizacionais para mobilização e articulação dos diferentes profissionais e pacientes. |

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

O Quadro 4 apresenta a análise de viabilidade do plano.

Quadro 4 – Análise de viabilidade do plano de enfrentamento dos nós críticos do uso abusivo de benzodiazepínicos.

| Ação | Recursos Críticos | Controle dos recursos | | Ações Estratégicas |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| | | Ator/Motivação | | |
| 1-Reuniões de discussão | Recursos organizacionais para mobilização dos responsáveis e financeiros para aquisição de materiais didáticos de interesse. | Profissionais da ESF. Secretaria de Saúde. | Favorável Favorável | Não são necessárias. Apresentação do projeto para viabilidade econômica. |
| 2-Acompanhamento e avaliação | Recursos organizacionais para mobilização dos responsáveis. | Profissionais da ESF. | Favorável | Não são necessárias. |
| 3-Confeção de cartazes e panfletos | Recursos organizacionais para mobilização dos responsáveis e financeiros para aquisição de materiais de papelaria e | Profissionais da ESF. Secretaria de Saúde. | Favorável Favorável | Não são necessárias. Apresentação do projeto para viabilidade econômica. |

| | | | | |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | impressão de folhetos educativos. | | | |
| 4-Atividades alternativas | Recursos políticos e organizacionais para mobilização e articulação dos diferentes profissionais e pacientes. | Profissionais da ESF. Profissionais do NASF. Pacientes. | Favorável Favorável Favorável | Não são necessárias. Não são necessárias. Incentivar e orientar os pacientes a dispor de todos os programas empreendidos na ESF. |

Nono passo: elaboração do plano operativo

O Quadro 5 mostra a elaboração do plano operativo de enfrentamento do uso abusivo de benzodiazepínicos pela equipe de saúde da família Esperança I e o Quadro 6, o plano de gestão.

Quadro 5 – Plano Operativo

| Ação | Resultados | Responsável | Prazo |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1-Reuniões de discussão. | Capacitação de toda a equipe da ESF. | Enfermeira, Médica e Psicóloga. | Um mês. |
| 2-Acompanhamento e avaliação. | Levantamento de pacientes que fazem uso abusivo de benzodiazepínicos e avaliação permanente de possíveis novos casos. | Equipe de enfermagem e equipe de agentes comunitários de saúde. | Um mês para levantamento dos dados e avaliação de risco permanente. |
| 3-Crtazes e confecção de panfletos. | Aumentar o nível de informação da população em relação aos riscos do uso abusivo de benzodiazepínicos. | Equipe de enfermagem e equipe de agentes comunitários de saúde. | Um meses. |
| 4-Atividades | Potencializar e | Educador físico, | Três meses para 30% |

| | | | |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| alternativas. | qualificar a participação dos pacientes que fazem uso abusivo de benzodiazepínicos nos grupos de atividade física e apoio psicológico. | Enfermeira e Psicóloga. | dos casos já conhecidos. |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|

Décimo passo: gestão do plano

Quadro 6 - Proposta de gestão do plano

| Ação | Produto | Responsável | Prazo |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1-Reuniões de discussão. | _Elaboração de espaços educativos. | Médica- Conteúdo técnico. Psicóloga– Metodologia. | Um mês. |
| 2-Acompanhamento e avaliação. | _Consulta aos arquivos e avaliação das solicitações de renovação de receitas. | Auxiliar administrativo. | Um mês. |
| | _Avaliação de possíveis novos casos durante as visitas domiciliares. | Médica, equipe de Enfermagem e equipe dos agentes comunitários de saúde. | Permanentemente. |
| 3-Confeção de cartazes e panfletos. | _Cartazes. | Enfermeira- Conteúdo Técnico e confecção. | Um mês. |
| | _Panfletos. | Enfermeira- Conteúdo técnico e confecção. | Um mês. |
| 4-Atividades alternativas. | _Grupo de apoio psicológico. | Psicóloga. | Três meses. |
| | _Grupo de atividades físicas. | Educador Físico. | Três meses. |

Os quadros acima apresentam ferramentas que podem efetivamente intervir na realidade verificada pela Equipe de Saúde da Família do Parque Esperança I, e para tanto, as reuniões de discussão, a campanha de combate a banalização do uso de benzodiazepínicos e a constante avaliação e acompanhamento de pacientes que fazem uso abusivo de benzodiazepínicos figuram como elementos fundamentais.

Em um primeiro momento, a atenção à saúde deve ser voltada para o aumento dos níveis de conhecimento da equipe sobre o tema e de consciência sobre as reais implicações e necessidades do uso de psicofármacos, sobretudo os benzodiazepínicos, tanto pela equipe quanto pela comunidade, e assim, em um segundo momento, estas ações podem ser ampliadas e passarem a patamar mais elevado da relação entre paciente e serviço de saúde, contemplando o conceito de promoção da saúde, que de acordo com a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, conhecida como Carta de Ottawa, pode ser entendida como um processo de inclusão e capacitação da comunidade, para que esta possa se tornar agente ativo da construção da sua qualidade de vida e saúde (CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2011).

Neste sentido, o incentivo a participação nos grupos de atividades físicas e de apoio psicológico complementam o quadro geral incentivando a redução de danos, que se caracteriza como um conjunto de ações para diminuição dos malefícios do uso de drogas lícitas e ilícitas, e a resiliência, que se refere à capacidade das pessoas superarem dificuldades (ZEMEL, 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procura-se com este Plano de Intervenção implantar uma nova forma de avaliação e acompanhamento dos pacientes que fazem uso abusivo de benzodiazepínicos, enfatizando a capacitação de toda a equipe da ESF, para combater, sobretudo, a desinformação sobre os riscos deste hábito e possíveis negligências ao se deparar com casos de uso abusivo. Neste sentido, destaca-se a importância de uma maior aproximação entre a equipe e a comunidade, para que os indivíduos se sintam agentes ativos no processo de construção da saúde e percebam que existem formas, além das tradicionais da medicina alopática, de enfrentar os problemas do dia a dia e combater as frequentes queixas de insônia e ansiedade.

Assim, este Plano de Intervenção constitui-se como uma ferramenta importante que pode efetivamente intervir na realidade local modificando vidas e contribuindo para que a ESF se torne um referencial de promoção de saúde e um espaço de convivência para a comunidade e conseqüentemente, fortalecendo as ações de saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1077/GM. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 ago. 1999. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1077.html>. Acesso em: 17 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil comemora dez anos da reforma psiquiátrica com avanços na assistência à saúde mental pelo SUS. 2011. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/5159>. Acesso em: 08 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é Reforma Psiquiátrica?. 2010a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929. Acesso em: 17 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação nacional de medicamentos essenciais*. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Brasil 2000. *Legislação em saúde mental 1900-2000*. Brasília, Série Legislação em Saúde nº 4. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Textos Básicos em Saúde. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPEMED, 2010.

CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. *Salud Publica Educ Salud*, v. 1, n. 1, p. 19-22, 2001.

CARVALHO, L. F., DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolítico entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.

FIRMINO, K. F. et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1223-1232, 2011.

FOSCARINI, P. T. *Benzodiazepínicos: uma revisão sobre o uso, abuso e dependência*. Trabalho de Conclusão de Curso [Monografia], Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

KAPCZINSKI, F. et al. Use and misuse of benzodiazepines in Brazil: a review. *Subst Use Misuse*, v. 36, n. 8, p. 1053-69, 2001.

LIMA, M. C. P et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saude Publica*, v. 42, n. 4, p. 717-23, 2008.

MIELKE, F.B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento de profissionais. *Cien Saude Colet*, v. 14, n.1, p. 159-64, 2009.

NORDON, D. G.; HÜBNER, C. V. K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Diagn Tratamento*, v. 14, n. 2, p. 66-9, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Mundial de Médicos de Família. *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários – Uma perspectiva global*. Geneva: WHO Press, 2008.

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

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia teoria e prática*. Reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, M. A.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 104-114, 2006.

ROSENBAUM, J. F. Attitudes toward benzodiazepines over the years. *J Clin Psychiatry*. v. 36, suppl. 2, p. 4-8, 2005.

SILVEIRA DP, & VIEIRA ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Cien Saude Colet*, v. 14, n. 1, p.139-48, 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.9 n.1, jan./abr. 2002.

ZEMEL, M. L. S. Prevenção – novas formas de pensar e enfrentar o problema. *In* Prevenção ao uso indevido de drogas. 4 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/livros/livro_completoiv_oficial%20copia.pdf>. Acesso em 10 jun. 2014.