

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DIEGO MILAGRES BRANDÃO DE OLIVEIRA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO USO CRÔNICO E ABUSIVO DE  
BENZODIAZEPÍNICOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS: Unidade Básica de Saúde  
Ponte Chave, Carandaí, Minas Gerais**

**UBERABA - MINAS GERAIS**

**2020**

**DIEGO MILAGRES BRANDÃO DE OLIVEIRA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO USO CRÔNICO E ABUSIVO DE  
BENZODIAZEPÍNICOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS: Unidade Básica de Saúde  
Ponte Chave, Carandaí, Minas Gerais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.  
Orientador: Professor Hugo André da Rocha

**UBERABA - MINAS GERAIS**

**2020**

**DIEGO MILAGRES BRANDÃO DE OLIVEIRA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO USO CRÔNICO E ABUSIVO DE  
BENZODIAZEPÍNICOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS: Unidade Básica de Saúde  
Ponte Chave, Carandaí, Minas Gerais**

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

Banca examinadora

Prof Ms. Hugo André da Rocha – UFMG

Profa Dra Selme Silqueira de Matos - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 09 de Setembro de 2020.

## DEDICATÓRIA

Dedico à Luani Santos, minha noiva, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

O desenvolvimento deste trabalho contou com a ajuda de diversas pessoas, dentre as quais agradeço: Ao professor orientador Hugo André da Rocha, que durante vários meses me acompanhou pontualmente com paciência, dando todo o auxílio necessário para a elaboração do projeto.

Aos professores do curso de Gestão do Cuidado em Saúde da Família, principalmente a professora Márcia Mizael Camargo Rocha, que através dos seus ensinamentos pude crescer como profissional médico da atenção básica.

A todos que participaram da elaboração do plano de ação, pela colaboração e disposição em meio a uma pandemia.

Aos meus familiares e amigos que me incentivaram a cada momento e não permitiram que eu desistisse.

A minha noiva Luani Santos por todo carinho e compreensão.

A Deus, por todo Amor, Paz e Bem em minha vida.

## RESUMO

Carandaí é um município do estado de Minas Gerais, localizado na região centro-sul. Através da estimativa rápida foram identificados os problemas prioritários na área de abrangência da equipe de saúde da família. Considerando a urgência e a capacidade de enfrentamento no nível local, o problema priorizado foi o alto índice de uso de benzodiazepínicos pela população adulta e idosa. Este estudo objetiva criar um plano de intervenção para instruir e acompanhar os pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos para que se possa diminuir a sua dependência na área de abrangência atendida pela equipe de saúde Ponte Chave. Trata-se de um projeto de intervenção realizado na Unidade Básica de Saúde Ponte Chave, no município de Carandaí – Minas Gerais. Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário. Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde para elaboração da revisão bibliográfica. O projeto de intervenção propõe atuar sobre os nós críticos: uso crônico e abusivo de benzodiazepínicos, Prescrição indiscriminada de benzodiazepínicos, falta de acompanhamento dos pacientes usuários de benzodiazepínicos com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, falta de grupos operacionais. Espera-se que a partir deste projeto de intervenção o cuidado dos pacientes em uso de benzodiazepínicos possa ser melhorado.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Saúde Mental. Uso Indevido de Medicamentos sob Prescrição.

## **ABSTRACT**

Carandaí is a municipality in the state of Minas Gerais, located in the south-central region. Through the quick estimate, priority problems were identified in the area covered by the family health team. Considering the urgency and coping capacity at the local level, the priority problem was the high rate of benzodiazepine use by the adult and elderly population. This study aims to create an intervention plan to instruct and monitor patients on chronic use of benzodiazepines so that their dependence in the coverage area served by the Ponte Chave health team can be reduced. This is an intervention project carried out at the Ponte Chave Basic Health Unit, in the municipality of Carandaí - Minas Gerais. Situational Strategic Planning was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem. The Virtual Health Library of the Ministry of Health was consulted to prepare the bibliographic review. The intervention project proposes to act on critical nodes: chronic and abusive use of benzodiazepines, indiscriminate prescription of benzodiazepines, lack of monitoring of patients using benzodiazepines with the Family Health Support Center, lack of operational groups. It is hoped that from this intervention project, the care of patients using benzodiazepines can be improved.

**Keywords:** Family Health Strategy. Mental Health. Prescription Drug Misuse.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Aspectos Demográficos	12
Tabela 2 – Aspectos Epidemiológicos	13
Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Ponte Chave, Unidade Básica de Saúde Ponte Chave, município de Carandaí, estado de Minas Gerais	17
Quadro 2 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Uso abusivo/crônico de Benzodiazepínico”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Chave, do município Carandaí, estado de Minas Gerais	33
Quadro 3 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Prescrição indiscriminada de BZD”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Chave, do município Carandaí, estado de Minas Gerais	34
Quadro 4 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta de acompanhamento dos pacientes usuários de BZD com o NASF”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Chave, do município Carandaí, estado de Minas Gerais	35
Quadro 5 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Falta de grupos operacionais.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Chave, do município Carandaí, estado de Minas Gerais	36



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BZD	Benzodiazepínico
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CECOS	Centros de Convivência
DeCS	Descritor de Ciências de Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GABA	Ácido gama-aminobutírico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IRSN	Inibidores da recaptção de noradrenalina e serotonina
ISRS	Inibidores seletivos de recaptção de serotonina
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SNC	Sistema Nervoso Central
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1 Aspectos gerais do município.....	10
1.2 O sistema municipal de saúde .....	10
1.3 Aspectos da comunidade .....	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde Ponte Chave .....	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família Ponte Chave da Unidade Básica de Saúde Ponte Chave .....	14
1.6 O funcionamento da equipe Ponte Chave.....	14
1.7 O dia a dia da equipe Ponte Chave.....	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	17
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
3.1 Objetivo geral .....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>20</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>21</b>
5.1 Estratégia Saúde da Família .....	21
5.2 Saúde Mental .....	22
5.3 Benzodiazepínicos .....	25
5.4 Uso crônico e abusivo de BZD .....	26
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>28</b>
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	28
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo) .....	29
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	29
6.4 Desenho das operações (sexto passo) .....	30
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>35</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>36</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aspectos gerais do município**

Localizada na região centro-sul e distante 135 km da capital do estado, Belo Horizonte, fica Carandaí, um município com uma população de 25.501 habitantes, segundo estimativa para o ano de 2019 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Os municípios limítrofes são: Caranaíba, Cristiano Ottoni, Casa Grande, Lagoa Dourada, Prados, Dores de Campos, Barbacena, Ressaquinha, Senhora dos Remédios, Capela Nova e Barroso. Carandaí é conhecida como o Celeiro de Minas Gerais, o município de Carandaí é o maior horticultor de Minas Gerais e está a 1057 metros acima do nível do mar. Divide-se entre o distrito sede, Pedra do Sino e Hermílio Alves. É cortada pela antiga Estrada de Ferro Central do Brasil e pela Rodovia JK (BR-040) (PREFEITURA MUNICIPAL DE CARANDAÍ, 2013).

O município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,697, que o classifica como médio. Considerando o IDHM de todos os municípios do estado Carandaí encontra-se na 240ª posição, empatado com outros seis municípios que possuem o mesmo índice (Arantina, Comendador Gomes, Ingaí, João Pinheiro, Manhumirim e Soledade de Minas) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Carandaí é um município singular, pois pertence a quatro bacias hidrográficas: Rio Grande, Prata, Rio Doce e São Francisco. Localiza-se na Mesorregião: Campo das Vertentes, Microrregião: Barbacena (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

### **1.2 O sistema municipal de saúde**

O município possui sete Unidade Básicas de Saúde (UBS), um hospital municipal que atende internações e pronto atendimento. Possui uma base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que atende a cidade, distritos próximos e zona rural.

O município oferece algumas especialidades médicas como ginecologia, pediatria, cardiologia, ortopedia, cirurgia geral e psiquiatria.

Sistemas de Apoio: possui convênio com laboratório que faz os exames solicitados, e farmácia para a entrega de medicamentos aos pacientes.

Sistemas Logísticos: possui duas ambulâncias para transporte de pacientes, conta com computadores para registro de evoluções no e-SUS e acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) fácil.

O serviço de referência e contrarreferência no município apresenta a disponibilização de consultas com especialistas (cardiologista, ortopedista, ginecologista, serviço de cirurgia geral, entre outros) e serviços de interconsultas com vários profissionais, entre eles: psicólogos e fisioterapeutas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Para atendimentos com profissionais especialistas que não são disponibilizados pelo município, são realizados os encaminhamentos via Tratamento Fora do Domicílio (TFD), no qual o paciente é encaminhado para o município de referência para a realização da consulta médica ou tratamento específico.

O modelo de atenção à saúde predominante no município é ainda baseado na doença, contudo, diversos profissionais vêm trazendo para o município um foco maior, uma mudança na atenção em saúde, caminhando aos poucos para um serviço centrado no paciente.

Faltam profissionais médicos ao município, com os postos permanecendo vários meses sem médico, e dessa forma, levando mais pacientes ao pronto atendimento com queixas de pouca urgência. Falta equipe para dar maior suporte aos pacientes nas UBS, para evitar a ida de tantos pacientes com pouca urgência ao pronto atendimento. As UBS deveriam ter melhor estrutura e equipamentos, assim como medicamentos para dar atendimento a esses pacientes.

### **1.3 Aspectos da comunidade**

A área de abrangência da UBS engloba o bairro Ponte Chave, o maior bairro da cidade em extensão territorial e população, com aproximadamente 4.500 habitantes, além de uma extensa área da zona rural, com duas comunidades sendo contempladas com atendimento semanal. Uma região de zona rural ainda mais afastada com cerca de 18 fazendas, que também é coberta pela unidade com atendimento domiciliar mensal.

Localizado na transição da zona urbana para zona rural, foi formada a partir do êxodo rural ocorrido na década de 60 e 70. A população se divide em serviços de zona rural e pequenos comércios pelo próprio bairro e economia informal. Apresenta muitos desempregados e subdesempregados, uma grande população aposentada carente de saúde e atenção. O bairro possui rede de esgoto e água encanada, que contempla próximo de 100% da comunidade. Contudo a comunidade da zona rural não tem acesso à rede de tratamento de água, o que ocasiona muitas doenças parasitárias.

Existe também uma grande população dependente química. O bairro conta com escolas, UBS, creche e quadra de esportes e mescla costumes rurais e urbanos, comemorando festas religiosas e participando de encontros religiosos na igreja do bairro.

**Tabela 1 - Distribuição da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Ponte Chave segundo faixa etária e sexo, 2019.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
< 1	16	18	34
1-4	101	86	187
5-14	298	281	579
15-19	171	176	347
20-29	373	392	765
30-39	287	277	564
40-49	290	296	586
50-59	267	253	520
60-69	166	173	339
70-79	79	103	181
≥ 80	40	64	104
<b>TOTAL</b>	<b>2088</b>	<b>2119</b>	<b>4207</b>

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

Nos aspectos epidemiológicos é possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (eSF) por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Exemplos de dados disponíveis no cadastro:

**Tabela 2 - Aspectos epidemiológicos da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Ponte Chave, 2019.**

<b>Condição de Saúde</b>	<b>Quantitativo (nº)</b>
Gestantes	20
Hipertensos	616
Diabéticos	179
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC*, enfisema, outras)	114
Pessoas que tiveram AVC	41
Pessoas que tiveram infarto	32
Pessoas com doença cardíaca	134
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	16
Pessoas com hanseníase	3
Pessoas com tuberculose	1
Pessoas com câncer	33
Pessoas com sofrimento mental	67
Acamados	11
Fumantes	435
Pessoas que fazem uso de álcool	123
Usuários de drogas	20

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

\* DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica

#### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Ponte Chave**

A UBS Ponte Chave está localizada em um prédio novo, que foi inaugurado em fevereiro de 2019. É bem localizada, e de fácil acesso para a população. A infraestrutura é de um modelo padrão de construção de todos os postos do município, possuindo sala de espera e sala de reuniões amplas, corredor central que dá fácil acesso as salas, consultório para o dentista, consultório médico padrão e ginecológico, sala de vacinação, sala de curativos, sala de procedimentos, expurgo, cozinha e estacionamento. Possui equipamentos usados diariamente como micro nebulização, aparelho de eletrocardiograma, glicosímetro e computadores para triagem e atendimento/registro médico.

## **1.5 A Equipe de Saúde da Família Ponte Chave da Unidade Básica de Saúde Ponte Chave**

A equipe fixa é composta por um médico, seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma recepcionista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, uma técnica de higiene bucal, um agente de combate a endemias, uma faxineira e um motorista. Uma vez por semana, é ofertado atendimento com pediatra e ginecologista.

## **1.6 O funcionamento da equipe Ponte Chave**

A UBS funciona de 8:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta, com horário estendido na segunda quarta-feira do mês, por realizar a saúde do trabalhador, na qual a UBS fica aberta até as 19:00 horas para receber pacientes que trabalham e não podem comparecer durante o horário de funcionamento de rotina. São agendados 10 pacientes pela manhã, mais duas demandas espontâneas, nas terças e quartas. Quinta-feira é dia de atendimento na zona rural, com agendamento de 10 pacientes pela manhã e 10 pela tarde. Na sexta segue 12 pacientes pela manhã, com visita domiciliares à tarde, com uma média de oito visitas a pacientes. Segunda-feira é o dia em que realizo meus estudos e não compareço à UBS, é também o dia em que a pediatra realiza seus atendimentos.

## **1.7 O dia a dia da equipe Ponte Chave**

As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalham com agenda pré-estabelecida, justamente por ser a porta de entrada do paciente no sistema de saúde. As unidades realizam atendimento de condições agudas e crônicas, cada uma com sua forma e abordagem específica de atendimento. Na UBS em que trabalho, a agenda possui algumas adaptações, devido ao perfil da comunidade. As marcações de consultas seguem o padrão de 10 consultas agendadas e duas demandas espontâneas, com caráter de condição crônica, como por exemplo, um paciente que passou por um especialista e precisa de um exame ou um encaminhamento. As demandas espontâneas de condições agudas ficam restritas a

uma triagem prévia da enfermeira da unidade, que classifica a necessidade da condição aguda, sendo, portanto, bem variável o número de consultas.

A agenda se estende por muitas semanas, chegando até 75 dias de espera para consulta, o que caracteriza uma grande procura por consultas de condições crônicas, visto que uma condição aguda não aguardaria tanto tempo para atendimento por ter a necessidade de avaliar sinais e sintomas para classificar em urgência e emergência.

Sobre a triagem, não é usado o protocolo de Manchester, ocorre uma triagem com a enfermeira, que passa o caso para o médico. Esse primeiro contato com a enfermagem, já é realizado com o intuito de classificar a necessidade do paciente. Se sua condição pode ser resolvida ou parcialmente resolvida na UBS, ou se será necessário um encaminhamento para o pronto atendimento. Consultas com o intuito de renovar receitas de medicamentos são realizadas para avaliação do paciente em se tratando de eficácia do medicamento de uso contínuo.

A necessidade de ajuste de dose, adição, e retirada de medicamentos são realizados nesse perfil de consulta. A agenda não cobre puericultura, pelo fato da unidade contar com uma pediatra que atende semanalmente, ficando na responsabilidade do médico da UBS consultas de quadros agudos em crianças que comparecem durante a semana. A unidade conta também com ginecologista, com dia de atendimento fixo durante a semana, fazendo assim a maioria das consultas de pré-natal, contudo, as três primeiras consultas são realizadas pelo médico da unidade, após isso, as consultas são realizadas exclusivamente pelo ginecologista.

São realizadas rotineiramente palestras para os pacientes, enquanto aguardam a consulta médica, os temas são variados, mas sempre abordando a promoção de saúde. Temas como combate e prevenção da tuberculose, malefícios do tabagismo, saúde do trabalhador, prevenção da violência e cultura da paz, alimentação saudável e saúde bucal, entre outros temas que agregam valores e informação na presença do paciente no posto.

Vários grupos são realizados na UBS, cada um com seu dia e divulgação adequada para que a população fique ciente da realização. As agentes comunitárias em suas visitas convidam os pacientes para os grupos que tem os mais variados temas: Grupo de Hipertensão, Grupo de Gestantes, Grupo de Ansiedade e Grupo de Diabetes, Grupo de Tabagismo, Grupo de Ginástica todos ministrados por profissionais do NASF, ou enfermeira e médico da unidade.



Visitas domiciliares são realizadas com agenda estabelecida de acordo com o repasse das agentes comunitárias. Os pacientes acamados, idosos com dificuldades de deambulação, pacientes com algum tipo de deficiência são os pacientes com maior foco para as visitas domiciliares. No geral a consulta aborda temas como uso correto da medicação de uso contínuo, auxílio aos familiares ou cuidadores no cuidado do paciente, renovação de receitas de medicamentos, encaminhamentos quando necessários e consulta clínica se sintoma agudo.

Quando o quadro de condição crônica agudiza, desestabilizando o paciente ou um quadro agudo instável é reconhecido, o médico faz contato com o Pronto Atendimento do município e encaminha o paciente para o controle da condição aguda. Quadros como mordedura de cão, crise hipertensiva (acima de 180x100mmhg) e descontrole glicêmico (glicemia capilar acima de 400), o encaminhamento é acompanhado de uma breve história do paciente e a necessidade de medicamentos que a UBS não possui.

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

Definindo os problemas prioritários presentes na UBS Ponte Chave, em Carandaí, foi delineado uma ordem de importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção. Diversos problemas foram detectados pela equipe, porém dentre os mais relevantes, se encontra o alto índice de uso de benzodiazepínicos (BZD), o que foi observado, pois a procura por receitas controladas é alta, e esses pacientes geralmente não fazem nenhum acompanhamento, o que preocupa a equipe.

Outro problema citado foi a falta de reuniões em equipe, e conseqüentemente falta de orientações corretas sobre o funcionamento da unidade e conhecimentos gerais a cada profissional. A agenda médica é outro problema, pois vem sofrendo alterações frequentemente, demonstrando falta de planejamento e organização da equipe. O que causa transtornos à população, pois muitas vezes chegam à unidade em busca de atendimento e o médico não está atendendo.

O número de pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes é alto na área de abrangência dessa unidade, o que leva ao risco cardiovascular aumentado. E infelizmente a equipe não consegue acompanhar tais pacientes como devia, falta

além da estratificação de risco o acompanhamento correto, pois esse público necessita de muita atenção.

O ponto de apoio que se encontra na zona rural, onde a equipe também atende, não possui um funcionário fixo, o que dificulta muito o trabalho, bem como a vinculação paciente profissional, não prestando assistência com qualidade à comunidade. Outro fator na zona rural é a falta de água tratada e esgoto, colocando a população em risco para diversos problemas de saúde.

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

**Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Ponte Chave, Unidade Básica de Saúde Ponte Chave, município de Carandaí, estado de Minas Gerais**

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alto índice de uso de benzodiazepínicos	Alta	10	Parcial	1
Não realização de reunião de equipe e falta de orientações	Alta	3	Dentro	2
Agenda médica sofrendo constantes alterações	Alta	3	Dentro	3
Risco cardiovascular aumentado (HAS/DM)	Alta	6	Parcial	4
Necessidade de funcionário fixo no ponto de apoio da zona rural	Alta	4	Dentro	5
Falta de tratamento de água na zona rural	Média	2	Parcial	6
Falta de esgoto	Média	2	Fora	7

Fonte: Autoria própria

\*Alta, média ou baixa

\*\* Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

Ao classificar a priorização dos principais problemas da população adscrita, observamos problemas de estrutura no modelo que a UBS trabalha e situações de cunho estrutural do bairro. No que se refere a uma intervenção em atenção básica, do atendimento aos pacientes, destaco o alto índice de uso de benzodiazepínicos pela população adulta e idosa como a mais urgente. A maioria dos problemas estão sendo solucionados, principalmente após a primeira reunião de equipe da UBS.

## 2 JUSTIFICATIVA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é reconhecida pelo Ministério da Saúde como modalidade prioritária para a reorganizar a atenção básica no país. Embasada pelos princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade) a ESF também se organiza por meio de diretrizes, que orientam a organização do processo de trabalho das equipes e garantem o direito do usuário ao serviço de saúde. No contexto deste projeto de intervenção destacam-se a adesão de população, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado (BRASIL, 2017).

Os BZD são fármacos com ação direta no Sistema Nervoso Central (SNC), alterando aspectos psicomotores e cognitivos no organismo. Esses medicamentos podem desenvolver tolerância e dependência, sendo desaconselhada a interrupção imediata do uso por risco de crises de abstinência (TELLES FILHO *et al.*, 2011).

Os medicamentos com propriedades ansiolíticas, hipnóticas e antidepressivas são a classe de psicotrópicos mais prescritos e os BZD ficam entre os medicamentos mais prescritos de maneira indiscriminada. Estando atualmente entre as drogas mais prescritas e consumidas no mundo. Isso acontece devido à sua eficiência terapêutica e ainda o baixo risco de intoxicação (FORSAN, 2010).

A importância do tema e a alta prevalência do uso abusivo e crônico de BZD por pacientes usuários da ESF Ponte Chave, justifica o interesse pelo tema. O maior acesso ao serviço de saúde e a facilidade da renovação do medicamento, assim como a gratuidade da distribuição desse fármaco leva o paciente ao caminho do uso crônico e irresponsável na área de abrangência dessa equipe.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Criar um plano de intervenção para instrução e acompanhamento dos pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos para que se possa diminuir a sua dependência na área de abrangência atendida pela equipe de saúde Ponte Chave, em Carandaí, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Estruturar o processo de atendimento a pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos com base em revisão bibliográfica;

Propor elaboração de grupos operativos sistematizados para a população em uso crônico de benzodiazepínicos, levando informações e acesso ao serviço especializado, assim como proposta de desmame ao traçar novas alternativas para tratamento.

## 4 METODOLOGIA

Com a realização do diagnóstico situacional, através da estimativa rápida, foi apresentado um plano de intervenção para sistematizar as ações desenvolvidas pela ESF Ponte Chave de Carandaí em Minas Gerais, utilizando a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado. Tal plano é composto pelas etapas de identificação e priorização do problema, explicação do problema e identificação das soluções, e elaboração da proposta de intervenção (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

No desenvolvimento desse plano foi realizado uma revisão bibliográfica por meio da internet em base eletrônica de dados. Foram utilizadas as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Para a pesquisa bibliográfica, foram definidas as palavras-chave utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, 2019), sendo as seguintes: estratégia de saúde da família, saúde mental, benzodiazepínicos, uso indevido de medicamentos sob prescrição, plano de intervenção. Foram selecionados artigos, manuais, linhas guias, protocolos e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Na identificação da realidade da equipe frente ao uso crônico e abusivo de BZD foi realizada uma busca dos problemas relacionados ao tema através de análise em banco de dados da unidade e observação ativa do dia a dia da equipe.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia Saúde da Família

Introduzindo os conhecimentos sobre a ESF, se faz relevante conceituar a APS, a qual se desenvolve por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão participativas, através do trabalho em equipe, dirigidas a populações adscrita em sua área de abrangência, onde assume a responsabilidade, considerando a diversidade existente nesse território. A Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2017, define os parâmetros e diretrizes para o funcionamento da APS no país. A atenção primária é caracterizada como um conjunto de ações de saúde, desenvolvidas individual, familiar e coletivamente, abrangendo a promoção, proteção, prevenção, e ainda diagnóstico, tratamento e a reabilitação com redução nos danos, desenvolvendo uma atenção integral, com impacto na situação de saúde das pessoas e da comunidade em geral (BRASIL, 2017).

A APS é considerada a porta de entrada do sistema, fundamentando-se nos princípios do SUS, sendo eles a universalidade, a integralidade e a equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, e ainda nos princípios assistenciais e organizativos do SUS. Enfatiza a resolutividade dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, coordenando o cuidado nos diversos pontos de atenção, considerando os problemas da população o ponto principal para planejar as ações. A atenção à saúde voltada para a população estabelece as necessidades de saúde de uma população específica, sob responsabilidade de uma equipe, de acordo com os riscos, implementando e ainda avaliando as ações planejadas de acordo com a realidade daquela comunidade (ALMEIDA et al., 2015).

A APS é norteada pelo fundamento de estimular a participação dos usuários, buscando a ampliação da autonomia e capacidade com o cuidado de sua saúde e comunidade em geral. Assim a população poderá auxiliar na organização e orientação dos serviços de saúde, voltados para as necessidades dos usuários adscritos naquele território de abrangência (COELHO; JORGE; GUIMARÃES, 2009).

A ESF tem como foco a família, atuando em territórios delimitados, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Orientada pelas diretrizes: adscrição de clientela, territorialização, diagnóstico da situação de saúde da

população e planejamento baseado na realidade local a ESF implica em um novo modelo de cuidado, no qual a atenção ao usuário vai além de sua condição individual, ampliando o olhar para as questões comunitárias e locais (SOUSA; HAMANN, 2009).

A partir da PNAB estabelece-se a concepção de equipe de saúde da família, que se caracteriza como uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Em relação à área adscrita para cada eSF sua responsabilização deve ser de 2000 a 3500 pessoas, seguido os critérios de equidade das diretrizes para tal definição, em que o número de pessoas para cada eSF deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias no território (BRASIL, 2017).

## **5.2 Saúde Mental**

A política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização iniciada em 1980, por usuários, familiares e trabalhadores da saúde, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde mais de 100 mil pessoas se encontravam internadas com transtornos mentais. Com o passar do tempo foi travada uma luta, buscando um processo de mudança, expressa por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e pelo projeto de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado, conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2013).

Experiências em alguns municípios se iniciam ainda na década de 1980, com a desinstitucionalização de pacientes moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a reinserção dos mesmos em seus territórios de origem. Assim foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que tais serviços se expandiam, focados no cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise. A atenção aos pacientes com distúrbios mentais passa a ter então, como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não apenas o controle de sua patologia, bem como os sintomas apresentados. Sendo necessária a organização dos serviços, com a participação ativa da população, formando redes com outras

políticas públicas, como educação, cultura, moradia, trabalho, enfim com a sociedade em geral (BRASIL, 2013).

Atualmente através das políticas com foco na expansão da APS, ocorre grande estímulo de ações voltadas aos pacientes com sofrimento mental. A ESF nesse sentido possui função na reorganização de tal atenção no contexto SUS, com papel significativo no acompanhamento desses pacientes e ainda de seus familiares. Embasada na organização do trabalho através de ações comunitárias, buscando além da assistência adequada, a inclusão social na comunidade onde vivem e realizam suas atividades rotineiras (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

A saúde mental no âmbito da comunidade, pode ser trabalhada utilizando instrumentos de cuidado especializado fora de ambientes hospitalares, aliados a iniciativas relacionadas às diferentes demandas que a doença ou limitação apresentam, proporcionando assim melhorias na qualidade de vida desses pacientes portadores de sofrimento mental (FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

Frateschi e Cardoso (2014) citando Reinaldo (2008) indicam algumas características que são atribuídas às ações da APS quanto ao cuidado da saúde mental, sendo elas:

- Estar associada às demais ações da rede básica;
- Assegurar o bem-estar da comunidade e do indivíduo;
- Privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas;
- Alocar os programas de saúde mental em diferentes serviços da rede básica, formando uma rede de suporte;
- Realizar ações diretas e indiretas;
- Utilizar novas estratégias de abordagem em saúde;
- Agregar profissionais com diferentes formações, implicar a comunidade e, por fim, considerar as características da comunidade (REINALDO, 2008 apud FRATESCHI; CARDOSO, 2014, p.547).

Pacientes portadores de sofrimento mental necessitam de cuidados básicos de saúde, dessa forma visto que o SUS busca a não institucionalização e ainda a prestação de uma assistência humanizada, através da APS é possível desenvolver estratégias para a inserção bem como reinserção desses pacientes na sociedade. Assim a ligação entre a saúde mental e a APS se faz necessária, possibilitando que as equipes possam assumir a responsabilização desse paciente, trazendo benefícios (FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

A saúde mental atualmente vem sendo integrada a APS, o que causa preocupação das equipes na ESF, devido principalmente à falta de preparo e receio de prestar assistência em situações difíceis que podem ocorrer com esses pacientes, como surtos psicóticos ou até tentativas de suicídio. Um dos pontos que



favorecem tal preocupação é o fator do cuidado na saúde mental ser focado na medicação e encaminhamentos para avaliação especializada, o que mostra claramente a necessidade dessa integração, pois a ESF tem embasamento para prestar assistência a esses pacientes, necessitando talvez apenas de mais capacitações relacionadas ao tema. Pois o vínculo criado entre equipe, paciente, familiares e comunidade em geral possibilita essa assistência qualificada. Ressalta-se ainda, que a ESF tem possibilidade do apoio matricial, através do NASF, com os atendimentos compartilhados, grupos e discussão de casos com equipe multiprofissional (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

Assim para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na APS com maior qualidade, é relevante a capacitação das equipes, buscando potencializar e qualificar a assistência prestada. Uma sugestão acerca de tal qualificação dos profissionais da ESF, seria as equipes de apoio matricial como dispositivo para se adotar uma educação continuada, através de discussões de casos e situações, contribuindo assim para a ampliação da clínica (SOUZA; RIVERA, 2010).

Segundo Souza e Rivera (2010, p. 128) “os princípios que norteiam tanto as ações de saúde mental quanto as da Atenção Básica estão pautados em algumas noções e conceitos como articulação, acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculos, e integralidade do cuidado”.

Na APS a continuidade do cuidado é um ponto importante, pois através do relacionamento contínuo entre profissional de saúde e paciente, a qualidade dos serviços de saúde mental melhora gradativamente. Os serviços prestados pela ESF são considerados os mais acessíveis e aceitos pela população, envolvendo inclusive a assistência aos pacientes portadores de sofrimento mental. Assim quando a saúde mental está integrada à ESF é notório a melhoria no acesso dos pacientes, com os transtornos mentais sendo diagnosticados com maior facilidade, bem como seus tratamentos (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Dentre as principais razões para a integração do cuidado em saúde mental na APS Wenceslau e Ortega (2015, p. 1123) destacam:

- (1) a elevada carga de doença dos transtornos mentais; (2) a conexão entre problemas de saúde física e mental; (3) o enorme *gap* terapêutico dos transtornos mentais. Além disso, a atenção primária, em especial, oferece para a saúde mental: (4) aumento do acesso, (5) promoção dos direitos humanos neste campo; (6) disponibilidade e custo-efetividade, e (7) bons resultados clínicos.

Com a integração das ações de saúde mental na APS, as possibilidades de novos rumos aos pacientes portadores de sofrimento mental aumentam, pois além do acesso a assistência de qualidade a equipe poderá ainda ofertar trabalho no sentido da desmistificação desses transtornos na população em geral. Garantindo assim ao paciente igualdade em atendimentos e inclusive liberdade na sociedade acerca dos preconceitos existentes (SOUZA; RIVERA, 2010).

Na tentativa de substituir o modelo manicomial, o Ministério da Saúde cria alguns serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência (Cecos), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, entre outros. Na atenção básica as UBS, através das ESF possuem importante função em parceria com o CAPS compondo a rede comunitária de assistência em saúde mental (BRASIL, 2013).

### 5.3 Benzodiazepínicos

No histórico da classe medicamentosa de BZD, esses ficaram conhecidos entre os profissionais médicos e a população nas décadas de 1970 e 1980, demonstrando grande eficácia no tratamento de insônia, ansiedade, convulsões e agressividade (AZEVEDO; ARAÚJO; FERREIRA, 2016). Suas principais atividades são: ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular (NALOTO et al., 2016).

Estimativas indicam que a prevalência do uso de BZD pela população brasileira varia entre 5,6 a 21%. A estimativa da taxa de dependência é de 0,5% da população (PALHARES *et al.*, 2013).

Os benzodiazepínicos exercem sua ação ao ligarem-se ao receptor denominado GABA (ácido gama-aminobutírico), que é um complexo proteico mediador da principal atividade inibidora neuronal. As cinco subunidades proteicas que compõem o receptor GABA formam um canal que atravessa a membrana plasmática do neurônio e pelo qual passam íons cloreto. Ao ligarem-se a este receptor, os benzodiazepínicos aumentam sua afinidade pelo neurotransmissor GABA, levando ao aumento da frequência de abertura do canal de íons. O influxo de íons cloreto para a célula gera a hiperpolarização da membrana plasmática neuronal, diminuindo sua capacidade de excitação (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2006, p.2).

Na indicação de BZD é relevante atentar-se para alguns fatores, como o estabelecimento do tempo que o fármaco será utilizado, pois, quando o tratamento é

mais prolongado, o risco de tolerância e dependência à droga aumenta. O risco de desenvolver dependência está diretamente associado ao tempo de uso de BZD, sendo desaconselhado o uso prolongado por mais de três meses (PALHARES et al., 2013).

Alguns BZD são usados como ansiolíticos, o diazepam, clonazepam, lorazepam, alprazolam, bromazepam, cloxazolam e oxazolam. Essa classe de medicamentos possui também ação sedativa, utilizados na insônia, em procedimentos médicos que necessitam sedação e para agitação psicomotora, sendo eles, estazolam, flurazepam, nitrazepam, flunitrazepam, e o midazolam. Na ação anticonvulsivante dos BZD, podem ser indicados no tratamento para epilepsia, onde nas crises agudas com convulsões, prescreve-se aqueles que podem ser administrados por via parenteral, diazepam, lorazepam e o midazolam. Já no quadro de epilepsia crônica podem ser indicados o clobazam ou o clonazepam (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2013).

#### **5.4 Uso crônico e abusivo de BZD**

O uso crônico e abusivo de BZD pode causar no paciente a tolerância, uma redução na resposta à droga com a administração repetida, com necessidade de doses cada vez maiores. Pode causar ainda a dependência, com recaída de sintomas nos casos de insônia e ansiedade, quando suspenso o medicamento. Outros efeitos comuns nos casos de uso crônico dos BZD são os déficits cognitivos. O sintoma mais observado nos usuários deste tipo de medicação é a insônia rebote, caracterizada pela piora do tempo acordado após a retirada dos BZD crônicos (BRASIL, 2013).

O uso prolongado do benzodiazepínico, mesmo que em baixas dosagens, é fator de risco para o desenvolvimento dos efeitos adversos que podem manifestar-se por sonolência, vertigem, cansaço, confusão mental, cefaleia, ansiedade, letargia, ataxia, hipotensão postural, amnesia retrógrada, acidentes, tolerância, dependência e aumento na frequência de quedas (NALOTO et al., 2016, p.1268).

De acordo com Palhares et al. (2013, p.10) algumas pessoas apresentam risco aumentado de desenvolver dependência de benzodiazepínicos, sendo elas: “pacientes com transtornos mentais; pessoas com problemas por uso de outras substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas; mulheres acima de 50 anos; pessoas com insônia ou outros transtornos do sono mal identificados e tratados”.

No uso de medicamentos o abuso é considerado uma síndrome que afeta a vida do paciente diretamente, podendo ocasionar autodestruição e deterioração social, e ainda a fissura e alta taxa de recorrência do uso de tal medicamento após suspensão, apesar de conhecer as consequências negativas. Outro fator considerável no uso crônico de BZD é a dependência, a qual pode ser definida com um estado de adaptação, induzido pelo uso crônico e abusivo desses fármacos, tornando-se visível quando suspenso, levando a abstinência (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2013).

No tratamento da ansiedade, deve-se preferir os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) ou inibidores da recaptção de noradrenalina e serotonina (IRSN), além de psicoterapia cognitivo-comportamental. No caso da necessidade de alívio da ansiedade em curto prazo, como nos casos graves, associados à insônia ou sintomas psicossomáticos, os BZD com início lento e duração maior de ação são os mais indicados. Entretanto, recomenda-se evitar o uso de BZD por mais de 4 semanas (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2013).

No manejo do uso abusivo de BZD, aconselha-se a conduta de promover diminuição nas dosagens de forma gradual e lenta, até a suspensão completa. Nesses casos a opção de fórmulas em gotas, podem ser indicadas, pois permitem titulações lentas e imperceptíveis no desmame do fármaco (BRASIL, 2013). Para auxiliar no processo de retirada dos BZD podem ser indicadas a psicoeducação e a psicoterapia (PALHARES et al., 2013).

De acordo com Fegadolli, Varela e Carlini (2019) a maioria das indicações no de BZD no país ocorrem nas UBS. Os autores destacam o fato de médicos relatarem falta de tempo para consultas e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas alternativas no tratamento da insônia e ansiedade, dentre outros, considerados os principais motivos desse uso.

Maia (2011) salienta que alguns dos princípios da atenção básica como o acolhimento, a humanização, integralidade, adscrição de clientela, promoção e prevenção de agravos à saúde são um diferencial para o acompanhamento dos pacientes, tendo em vista que permitem à equipe de referência conhecer o usuário, bem como sua história, sua família e hábitos. Nesse sentido, possibilitam o desenvolvimento de ações mais apropriadas e efetivas para cada usuário acompanhado.

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Uso abusivo/crônico de Benzodiazepínico”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

### **6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

O tema que escolhi para ser abordado é o uso crônico e abusivo de benzodiazepínicos por muitos pacientes da área de cobertura da UBS.

A maioria das pessoas que utilizam essa medicação não teriam necessidade de utilizar, essa medicação deve ser usada por curto prazo, numa fase inicial para dar conforto ao paciente em tratamento de depressão por exemplo, enquanto aqueles medicamentos que realmente tratam vão fazer efeito. Esses medicamentos demoram algum tempo para fazer efeito e medicamentos como benzodiazepínicos podem ser úteis por trazer conforto. Porém na maioria das vezes esses medicamentos acabam sendo usados por anos, dessa forma acarretam problemas de memória, concentração, prejuízo no equilíbrio, coordenação motora.

É uma medicação que está associada ao risco de desenvolver demências como o Alzheimer e dependência química, por tender a usar doses cada vez maiores para ter o mesmo efeito e não tem a facilidade de se livrar devido a abstinência.

No cadastro populacional do Ministério da Saúde da UBS Ponte Chave do ano de 2019, apresenta 67 pacientes registrados que tem ou teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde. Contudo, na prática diária de atendimentos, percebo uma subnotificação desses pacientes de saúde mental, sendo o número real de 4 a 5 vezes maior que esse registrado.

## **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

Prescrição indiscriminada de BZD por profissionais não psiquiatras é um dos fatores que mais contribuem para a prevalência do abuso e uso crônico desse tipo de medicamento. Fatores como uso abusivo e consumo de dose acima da dose máxima estabelecida, contribuem para os diversos sintomas relatados por essa população, como problemas de memória, concentração e dependência do medicamento. Um dos pontos que se deve ter mais atenção, é o fato do uso desse medicamento por idosos, trazendo assim um maior risco de queda para essa população. Diversos desafios nascem com esse tipo de situação visto uma dificuldade para se realizar o desmame e crises de abstinência. Na grande maioria dos casos o benzodiazepínico é usado erroneamente para o tratamento de insônia crônica, estabilizador do humor e o uso em doses isoladas ou contínuas como atenuador de períodos de estresse e nervosismo. Também se destaca o uso exclusivo desse medicamento para o tratamento de ansiedade e a não realização do desmame adequado.

Selecionei um dos problemas prioritários que julgo ser um dos mais importantes e mais difíceis de se trabalhar: o uso crônico de benzodiazepínicos. A explicação acima apresentada mostra os problemas identificados, contudo não exclusivos, da população da área de abrangência da UBS – Ponte Chave, e que também descreve os problemas gerais que o uso crônico de benzodiazepínicos podem causar.

A prescrição indiscriminada de benzodiazepínicos por médicos não especialistas, na maioria das vezes, médicos da rede privada que não tem o cuidado em fazer um relatório dos pacientes, para que o seguimento de renovação na UBS, não fique restrito a renovar uma receita e mantê-la sem sinalizar o tempo de tratamento e o tempo de retorno ao serviço do médico prescritor.

## **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

- Uso crônico e abusivo de BZD;
- Prescrição indiscriminada de BZD;
- Falta de acompanhamento dos pacientes usuários de BZD com o NASF;
- Falta de grupos operacionais.

Como “nó crítico” desse tema, na minha opinião a prescrição indiscriminada desse medicamento por profissionais não especialistas é sem dúvida a principal causa desse quadro vivido hoje pela população.

Outro fato seria a falta de estrutura dos postos e das prefeituras que deixam a desejar em oferecer serviços como o do NASF, que disponibilizaria serviço psicológico para os pacientes.

A falta de Grupos operacionais, como o Grupo de Ansiedade e o Grupo de Atividade Física que trazem o paciente ao posto fora da consulta médica para trabalhar os quadros de ansiedade e dores crônicas, que são grandes fatores que levam os indivíduos a fazerem dos benzodiazepínicos uma forma de fuga para esses quadros.

#### **6.4 Desenho das operações (sexto passo)**

Seguem-se os quadros detalhando as operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionados ao problema priorizado “Uso abusivo/crônico de Benzodiazepínico”, na área de abrangência sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Chave, município de Carandaí, Minas Gerais.

**Quadro 2 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Uso abusivo/crônico de Benzodiazepínico”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Chave, do município Carandaí, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 1</b>	Uso abusivo/crônico de benzodiazepínico
<b>Operação</b> (operações)	Promoção de saúde da comunidade/ Grupo de Ansiedade
<b>Projeto</b>	<b>“Vivendo com Liberdade”</b>
<b>Resultados esperados</b>	Redução da dosagem de medicamento usado diariamente; maior resposta ao desmame; suspensão do uso do medicamento
<b>Produtos esperados</b>	Maior informação da população; distribuição de folhetos; maior proximidade dos pacientes com o serviço de saúde
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Informações e alertas sobre o uso do medicamento. Organizacional: Fluxo adequado do usuário durante os encontros do grupo. Político: Local/ mobilização social Financeiro: recursos audiovisuais/ folhetos educativos.
<b>Viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação Político: Local; mobilização social Financeiro: recursos audiovisuais; folhetos educativos.
<b>Controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Secretaria de Saúde. Folhetos > Estratégia: arrecadar fundos em parceria com a associação dos moradores.
<b>Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Fisioterapeuta e Psicólogo. Início em 30 dias e término em 3 meses.
<b>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	ESF Ponte Chave, Fisioterapeuta e Psicólogo do NASF serão responsáveis pelo processo de monitoramento e avaliação das operações com o apoio dos ACS. A avaliação será após as atividades e ao longo da rotina dos atendimentos.



**Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Prescrição indiscriminada de BZD”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Chave, do município Carandaí, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 2</b>	Prescrição indiscriminada de BZD
<b>Operação</b> (operações)	-Proporcionar educação continuada aumentando o nível de informação dos profissionais acerca da prescrição indiscriminada de BZD e seus riscos  -Organização de grupos de pacientes em uso crônico e abusivo de BZD, com informações sobre as consequências.
<b>Projeto</b>	<b>“Prescrição consciente”</b>
<b>Resultados esperados</b>	Conscientização dos profissionais sobre a prescrição indiscriminada dos BZD e sua repercussão
<b>Produtos esperados</b>	Profissionais prescrevendo os BZD de maneira correta e apenas quando necessário  Pacientes conscientes sobre as consequências do uso abusivo dos BZD
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Informações sobre os riscos da prescrição indiscriminada dos BZD a pacientes e profissionais  Organizacional: Controle da demanda de atendimento, melhorando a qualidade do mesmo  Político: Apoio com a população  Financeiro: Folhetos educativos.
<b>Viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Informações sobre os riscos da prescrição indiscriminada dos BZD a pacientes e profissionais  Político: Apoio com a população  Financeiro: Folhetos educativos.
<b>Controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	ESF Ponte Chave  Controle das prescrições sem o devido acompanhamento médico e se necessário do NASF
<b>Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	ESF Ponte Chave e NASF.  Início em 30 dias
<b>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Monitoramento: ESF Ponte Chave e NASF  Avaliação: no dia a dia dos profissionais avaliando melhor as prescrições de BZD.

**Quadro 4 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta de acompanhamento dos pacientes usuários de BZD com o NASF”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Chave, do município Carandaí, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 3</b>	Falta de acompanhamento dos pacientes usuários de BZD com o NASF
<b>Operação</b> (operações)	- Agendamento de consultas com os profissionais necessários em cada caso ou grupo; Estabelecer números de consultas diárias direcionadas ao paciente com uso abusivo de BZD.
<b>Projeto</b>	<b>Adequação do acompanhamento com o apoio do NASF</b>
<b>Resultados esperados</b>	Boa adesão dos pacientes a unidade para melhor acompanhamento em seus tratamentos.
<b>Produtos esperados</b>	Busca ativa dos ACS de pacientes em uso abusivo de BZD; Agendamento de consultas mensais.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Articulação no atendimento, para possibilitar o agendamento; Organizacional: Agendamento da consulta pelos ACS em visitas domiciliares; Apoio do NASF; Político: Articulação entre os setores para disponibilizar o agendamento adequado; Financeiro: Manter as equipes sempre completas, possibilitando as consultas agendadas.
<b>Viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Adequação do acompanhamento dos pacientes em uso de BZD nas consultas; Político: Mais articulação entre os setores da saúde e adesão de profissionais; Financeiro: Manter profissionais para agendamento.
<b>Controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Controle feito pela ESF e NASF Capacitação da equipe para organização e realização das consultas agendadas; Agendamento das consultas pelos ACS.
<b>Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	ESF Ponte Chave e NASF. Início em 30 dias
<b>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Monitoramento: ESF Ponte Chave e NASF Avaliação: acompanhamento frequente aos usuários de BZD

**Quadro 5 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Falta de grupos operacionais.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ponte Chave, do município Carandaí, estado de Minas Gerais**

<b>Nó crítico 4</b>	Falta de grupos operacionais
<b>Operação</b> (operações)	Promoção de saúde da comunidade; Grupo de Atividade física
<b>Projeto</b>	<b>“Viver com mais saúde”</b>
<b>Resultados esperados</b>	Atividade física contínua com acompanhamento da fisioterapia e nutrição, para pacientes portadores de doenças crônicas, obesidade, depressão, idosos e sedentários.
<b>Produtos esperados</b>	Melhor resposta a dores crônicas, controle adequado da HAS e DM, melhor estilo de vida e prática contínua de exercícios físicos.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Informação sobre a importância da prevenção. Organizacional: organização de agenda/cronograma das atividades. Políticos: Disponibilização de espaço amplo e acessível aos idosos. Financeiro: Divulgação do projeto e folhetos educativos.
<b>Viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Organizacional: organização de agenda/cronograma das atividades. Políticos: Disponibilização de espaço amplo e acessível aos idosos. Financeiro: Divulgação do projeto e folhetos educativos.
<b>Controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Secretaria de Saúde. Folhetos > Estratégia: arrecadar fundos em parceria com a associação dos moradores.
<b>Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Fisioterapeuta e nutricionista. Início em 30 dias e término em 9 meses
<b>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Monitoramento: ESF Ponte Chave e NASF Avaliação: acompanhamento frequente aos pacientes

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com esse estudo e elaboração do plano de intervenção para a ESF Ponte Chave em Carandaí/MG foi possível perceber que as equipes em geral possuem um importante desafio em relação à intervenção ativa na situação de saúde da população usuária de BZD, buscando prestar atendimento integral.

Foi possível observar que os profissionais de saúde na ESF possuem pouco conhecimento acerca da saúde mental e o uso abusivo dos BZD. O cuidado fragmentado, os demais temas considerados prioritários, a falta de recursos terapêuticos e o pouco investimento em capacitações e educação continuada, contribuem para a indicação e o uso não adequado desses medicamentos.

Os pacientes geralmente buscam o alívio de sintomas que poderiam ser tratados de outra maneira no uso de BZD, o qual acontece com pouco ou nenhum controle efetivo sobre seu uso. Essa realidade pode ser transformada se for considerada prioridade para a gestão e os profissionais da ESF, pois o desmame de tais medicações, exige da equipe empenho e atenção.

Com esse plano de intervenção se faz relevante ao final de sua implantação destacar que esse estará em constante monitoramento durante o seu desenvolvimento para que possíveis ajustes de rota possam ser realizados, e que ao final o mesmo será avaliado em função do cumprimento dos objetivos pretendidos.

## REFERENCIAS

ALMEIDA, J. H. H. et al. Atenção primária à saúde: enfocando as redes de atenção à saúde. **Rev. de Enf. UFPE on line**. Recife, 9(11):9811-6, nov., 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10772/11911>>. Acesso em: 30 Mar. 2020.

ATLAS, Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. **O IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal)**. 2013. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/carandai\\_mg](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/carandai_mg). Acesso em: 10 Fev. 2020.

AZEVEDO, A.J.P.; ARAÚJO, A.A.; FERREIRA, M.A.F. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(1):83-90, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0083.pdf>. Acesso em: 10 Abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde mental. nº 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 27 Mar. 2020.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B.; GUIMARÃES, J.M.X. Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev.APS**, v.12, n.4, p.448-458, out/dez. 2009. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/14232/7704>>. Acesso em: 27 Mar. 2020.

COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS (COMHUPES). **Benzodiazepínicos: Características, Indicações, Vantagens e Desvantagens**. Diretrizes clínicas, 27, abril, 2013. Disponível em: [http://www2.ebserh.gov.br/documents/1975526/2520527/Diretriz\\_27\\_Benzodiazepinicos\\_caracteristicas\\_indicacoes\\_vantagens\\_e\\_desvantagens.pdf/8d736590-40fe-4d67-9b7e-32f8fd3aae69](http://www2.ebserh.gov.br/documents/1975526/2520527/Diretriz_27_Benzodiazepinicos_caracteristicas_indicacoes_vantagens_e_desvantagens.pdf/8d736590-40fe-4d67-9b7e-32f8fd3aae69). Acesso em: 10 Abr. 2020.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Artigo de revisão. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>>. Acesso em: 27 Jan. 2020.

DECS, **Descritores em Ciências da Saúde**. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2019. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 12 de Jan. 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_\\_avaliacao\\_e\\_programacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude/645](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento__avaliacao_e_programacao_das_acoes_de_saude/645). Acesso em: 18 Jan. 2020.

FEGADOLLI, C.; VARELA, N.M.D.; CARLINI, E.L.A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e00097718, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000705007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 Mai 2020.

FORSAN, M.A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. Trabalho de conclusão** (Especialização em 2010). – Universidade Federal de Minas Gerais 2010. 26 p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649.pdf>>. Acesso em: 19 Dez. 2019.

FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 545-565, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00545.pdf>>. Acesso em: 27 Jan. 2020.

GRYSCHEK, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, Oct. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3255.pdf>>. Acesso em: 27 Jan. 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2018. Acesso em: 15 Dez. 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/carandai/panorama>>.

MAIA.J.L. **Análise da importância da estratégia da saúde da família na assistência à saúde mental.** NESCON/UFMG, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2011. 26p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2948.pdf>>. Acesso em: 11 Mai 2020.

NALOTO, D. C. C.; LOPES, F. C.; FILHO, S. B.; LOPES, L. C.; DEL FIOLE, F. S.; BERGAMASCHI, C. C. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciência saúde coletiva**. vol.21 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000401267](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401267). Acesso em: 10 Abr. 2020.

PALHARES H. et al. **Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos** [Internet]. São Carlo do Pinhal: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; 2013. Disponível em: <[https://diretrizes.amb.org.br/\\_DIRETRIZES/abuso\\_e\\_dependencia\\_de\\_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf)>. Acesso em: 19 Abr. 2020.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de ações e serviços de saúde. Coordenação de Programas de Saúde Mental. **Uso racional de psicofármacos.** CPSM/SMS, Ano 1, Vol. 1. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/289.pdf>. Acesso em: 10 Abr. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARANDAÍ. **História.** 2013. Disponível em: <<https://carandai.mg.gov.br/cidade/historia>>. Acesso em: 11 Mai 2020.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**[online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp.1325-1335. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>>. Acesso em: 27 Mar. 2020.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.** 2010;4(1):105-14. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 27 Jan. 2020.

TELLES FILHO, P. C. P. et al. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**, v.15, n.3, julho. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 Dez. 2019.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, Dec. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220141152.pdf>>. Acesso em: 27 Jan. 2020.