

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CARLOS OTAVIO FABIANO DE FARIA CANDIDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O USO ABUSIVO DE
PSICOTRÓPICOS PELOS USUÁRIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
SANTA BÁRBARA DO MONTE VERDE – MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

2019

CARLOS OTAVIO FABIANO DE FARIA CANDIDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O USO ABUSIVO DE
PSICOTRÓPICOS PELOS USUÁRIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
SANTA BÁRBARA DO MONTE VERDE – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

2019

CARLOS OTAVIO FABIANO DE FARIA CANDIDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O USO ABUSIVO DE
PSICOTRÓPICOS PELOS USUÁRIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
SANTA BÁRBARA DO MONTE VERDE – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 20 de dezembro de 2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DECLARAÇÃO

Aos 3 dias do mês de dezembro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno **CARLOS OTAVIO FABIANO DE FARIA CANDIDO** intitulado “PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O USO ABUSIVO DE PSICOTRÓPICOS PELOS USUÁRIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA BÁRBARA DO MONTE VERDE – MINAS GERAIS.”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. MARIA RIZONEIDE NEGREIROS DE ARAUJO e Prof. Dr. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE. O TCC foi aprovado com a nota 93.

Esta ata foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia três do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 04 de dezembro de 2020.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 08/12/2020, às 09:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0456637** e o código CRC **A5EE36A5**.

DEDICATÓRIA

Dedico este projeto a todos os integrantes da equipe de saúde do Programa de Saúde da Família e a população de Santa Bárbara do Monte Verde, MG.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por esta oportunidade de aprendizado e realização pessoal.

A equipe de saúde do PSF de Santa Bárbara do Monte Verde, que contribuiu para que esse projeto fosse realizado com zelo e eficácia.

A minha família e a Raquel pelo apoio, compreensão e cuidado nessa jornada de trabalho e caminhada pelo ambiente acadêmico.

A minha orientadora Maria Rizioneide Negreiros de Araújo pela disponibilidade, aprendizado e paciência.

*A esperança
Dança na corda bamba de sombrinha
E em cada passo dessa linha
Pode se machucar*

*Azar!
A esperança equilibrista
Sabe que o show de todo artista
Tem que continuar*

(Aldir Blanc / João Bosco)

RESUMO

Substâncias psicotrópicas, em especial os benzodiazepínicos, são drogas de potencial hipnótico e ansiolítico, utilizadas no alívio sintomático nos transtornos de ansiedade e suas agudizações. Entretanto, pode-se perceber a existência de um crescente consumo abusivo dessas substâncias por parte da população. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para reduzir o uso abusivo de psicotrópicos e entorpecentes pelos usuários adscritos na Unidade Básica de Saúde da Família de Santa Bárbara do Monte Verde, do município de Santa Bárbara do Monte Verde – Minas Gerais. Para contribuir na elaboração do plano foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e nas publicações do Ministério da Saúde. O plano de intervenção foi elaborado seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se que com as ações a serem implementadas haja uma redução do uso abusivo dos benzodiazepínicos pelos usuários adscritos à Equipe de Saúde da Família de Santa Bárbara do Monte Verde.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Dependência química. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Psychotropic substances, especially benzodiazepines, are drugs of hypnotic and anxiolytic potential, used in symptomatic relief in anxiety disorders and their acute. However, one can perceive the existence of a growing abuse of these substances by the population. Therefore, this paper aims to propose an intervention plan to reduce the abuse of psychotropic and narcotic drugs by users enrolled in the Santa Barbara Basic Family Health Unit, in the municipality of Santa Barbara Monte Verde - Minas Gerais . To contribute to the elaboration of the plan, a bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library and in the publications of the Ministry of Health. The intervention plan was elaborated following the steps of the situational strategic planning. It is expected that with the actions to be implemented there will be a reduction in the abuse of benzodiazepines by users enrolled in the Santa Bárbara do Monte Verde Family Health Team.

Keywords: Benzodiazepines. Chemical dependency. Health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDEB | Índice de Desenvolvimento da Educação Básica |
| DSM | Manual de Diagnósticos em Saúde Mental |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Aspectos epidemiológicos de Santa Bárbara do Monte Verde | 13 |
| Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família de Santa Bárbara do Monte Verde, município de Santa Bárbara do Monte Verde, estado de Minas Gerais | 17 |
| Quadro 3 – Operações sobre o “Nó crítico 1” relacionado ao problema “Uso abusivo de psicotrópicos, entorpecentes e drogas lícitas (álcool e tabaco)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município de Santa Bárbara do Monte Verde, estado de Minas Gerais | 28 |
| Quadro 4 – Operações sobre o “Nó crítico 2” relacionado ao problema “Redução do autocuidado e preservação da saúde individual” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município de Santa Bárbara do Monte Verde, estado de Minas Gerais | 29 |
| Quadro 5 – Operações sobre o “Nó crítico 3” relacionado ao problema “Ausência de atividades coletivas e de lazer pelo município”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município de Santa Bárbara do Monte Verde, estado de Minas Gerais | 30 |
| Figura 1 – Diagrama para explicação do problema selecionado (quarto passo) | 27 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Aspectos gerais do município | 12 |
| 1.2 Aspectos da comunidade | 12 |
| 1.3 O sistema municipal de saúde | 13 |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde | 15 |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família de Santa Bárbara do Monte Verde | 15 |
| 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Santa Bárbara do Monte Verde | 16 |
| 1.7 O dia a dia da equipe de Saúde da Família de Santa Barbara do Monte Verde | 16 |
| 1.8 Estimativa rápida - Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) | 17 |
| 1.9 Priorização dos problemas – A seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) | 17 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 19 |
| 3 OBJETIVO | 20 |
| 4 METODOLOGIA | 21 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 22 |
| 5.1 Benzodiazepínicos | 22 |
| 5.2 Dependência química | 22 |
| 5.3 Promoção em saúde | 24 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 26 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) | 26 |
| 6.2 Explicação do problema (quarto passo) | 26 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) | 26 |
| 6.4 Desenho das operações (sexto passo) | 27 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 31 |
| REFERÊNCIAS | 32 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Santa Bárbara do Monte Verde é uma cidade com 3150 habitantes, localizada na região Sudeste, a 304 km da capital do Estado de Minas Gerais (MG), Belo Horizonte (IBGE, 2019). Apesar de seu pequeno volume populacional, a cidade se distribui de forma ampla territorialmente, através dos seus diversos distritos e comunidades rurais. Constituída majoritariamente por indivíduos entre 30 a 60 anos, a cidade recentemente tem sido colocada sobre um importante processo de imigração, originando um expressivo crescimento populacional e territorial do município (IBGE, 2019).

O município tem relevante importância na economia rural local, com importante ênfase na produção leiteira e gado de corte, exportando para municípios vizinhos e para fora do estado de Minas Gerais, devido ao seu fácil acesso a cidades de Valença – Rio de Janeiro (RJ) e Juiz de Fora – MG (IBGE, 2016). O salário médio mensal era de 1,5 salários mínimos, com a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 9,3% (IBGE, 2019).

Além da atividade pecuária, a cidade possui como um expressivo empregador o setor público, exemplificado pela grande quantidade de funcionários públicos concursados e contratados pelo próprio poder público do município.

1.2 Aspectos da comunidade

Boa parte da população reside na região urbana, majoritariamente residencial, com pouca diversidade em serviços locais. Apesar de grande parte dos usuários habitarem a zona rural, observa-se que muitos possuem importantes questões quanto ao saneamento básico, tendo 33,2% da população sem esgotamento sanitário adequado, segundo dado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019).

O pouco fomento a atividades socioculturais dentro do município e altas taxas de desemprego também tem ampliado os quadros de transtornos de humor e ansiedade dos munícipes, gerando um número muito expressivo de pacientes com quadros de saúde mental e consumo de psicotrópicos.

O município conta com duas escolas que atendem da educação infantil até o médio e uma creche, apresentando, em 2010, uma taxa de escolarização de 98,4% em jovens de 6 a 14 anos segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016). Entretanto, apesar dessa elevada taxa, os índices do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) em 2015 apresentaram-se em 4,9 e 3,8 para anos iniciais e finais do ensino fundamental, respectivamente (IBGE, 2019). O município também conta com o suporte de assistência social/conselho tutelar local.

Quadro 1 – Aspectos epidemiológicos de Santa Bárbara do Monte Verde

| Condição de Saúde | N |
|--|----------|
| Gestantes | 20 |
| Hipertensos | 497 |
| Diabéticos | 102 |
| Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras) | 50 |
| Pessoas que tiveram AVC | 23 |
| Pessoas que tiveram infarto | 11 |
| Pessoas com doença cardíaca | 42 |
| Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros) | 15 |
| Pessoas com hanseníase | 0 |
| Pessoas com tuberculose | 1 |
| Pessoas com câncer | 91 |
| Pessoas com sofrimento mental | 326 |
| Acamados | 25 |
| Fumantes | 361 |
| Pessoas que fazem uso de álcool | 553 |
| Usuários de drogas | 96 |

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Versão 2.1.190530. Brasília: 2019c. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/> Acesso em: 13 jun. 2019.

1.3 O sistema municipal de saúde

Na área de saúde, a cidade faz parte da microrregião de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, estando integrada a rede de saúde local (MALACHIAS;

LELES; PINTO, 2010). A cidade possui dois estabelecimentos de saúde, mantendo suas atividades em nível de atenção básica, através da Unidade de Atenção Básica (UBS), que maneja a demanda espontânea e dá suporte a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as urgências locais (DATASUS, 2019). O município também mantém uma pactuação direta com a cidade vizinha de Rio Preto, para manejo de condições clínicas de urgência no hospital desta cidade. Além disso, houve uma importante queda no financiamento da saúde a partir de 2013, com conseqüente queda da assistência dos serviços de saúde locais, afetando principalmente a assistência farmacêutica.

Desde 2003, o município adotou a Estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica, tendo aderido, desde 2013, ao Programa Mais Médico Para o Brasil. A ESF conta hoje com uma equipe de Saúde da Família e uma de Saúde Bucal, cobrindo 100% da população.

As duas unidades de atenção primária à saúde existentes no município, o Programa de Saúde da Família e a Unidade Básica de Saúde; esta última é responsável pela articulação e coordenação aos diferentes pontos de atenção disponíveis na região de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas.

O município atualmente tem como pontos de atenção secundários as cidades de Juiz de Fora e Rio Preto, tendo com a última uma direta pactuação intermunicipal de saúde. Rio Preto funciona como apoio em urgência e emergência, sendo Juiz de Fora alocada com o setor de serviços de alta complexidade e como um ponto de atenção terciária, com ampla gama de serviços em reabilitação e de alta tecnologia. A cidade conta também com apoio diagnóstico laboratorial e de imagem através de pactuação com os serviços de saúde em Rio Preto e Juiz de Fora.

O município conta com uma Farmácia de Minas, que faz a dispensação de medicamentos para a população adscrita as unidades básicas de saúde (DATASUS, 2019).

Quanto aos sistemas logísticos, o município dispõe de uma ambulância própria para transporte de pacientes estáveis dentro da rede, além de usufruir do ponto de apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Rio Preto quando

necessário, sendo estes solicitados diretamente da UBS aos serviços mais capacitados para apoio em saúde dos usuários. O sistema de prontuários na cidade é manuscrito, com algumas informações transcritas aos sistemas informatizados dentro da Secretária de Saúde.

1.4 A Unidade Básica de Saúde da Família de Santa Bárbara do Monte Verde

A Unidade Básica de Saúde da Família de Santa Bárbara do Monte Verde se localiza na Rua Camilo Nominato, S/N, no bairro São Cristóvão, o maior dos três bairros presentes na zona urbana do município (DATASUS, 2019). Seu acesso em relação à população geral é satisfatório, porém apresenta-se na base de dois aclives acentuados da cidade, tornando-se um empecilho para idosos e pacientes com doenças que apresentam importante morbidade, principalmente entre os portadores de doenças cardiovasculares e pulmonares.

A estrutura física da unidade é satisfatória, foi reformada há poucos anos. Apresenta uma recepção adequada com uma pequena sala de enfermagem na própria entrada, facilitando o processo de acolhimento quando este ocorre.

Possui estrutura bem horizontalizada, com fácil acesso a todas as salas da unidade. Estas se compõem em dois consultórios médicos com suporte de insumos e aparelhagem pediátrica e ginecológica como balança e mesa ginecológica; uma sala administrativa/coordenação da unidade; um consultório odontológico; sala de reuniões; sala dos ACS; dois banheiros; cozinha e uma área externa, em que há o manejo de uma horta com diversos frutos. Todas as salas têm aparelhagem que atendem as demandas da unidade. A unidade não possui sala de vacinação nem farmácia para dispensação. As atividades de vacinação são realizadas na outra unidade e a dispensação de medicamentos se dá na Farmácia de Minas.

1.5 A Equipe de Saúde da Família de Santa Bárbara do Monte Verde

A equipe de saúde da família local é composta por um médico generalista, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde e uma recepcionista. Também integram a equipe uma cirurgiã-dentista e uma auxiliar de saúde bucal.

A coordenação da unidade é atribuída à enfermeira da unidade, a qual assumiu o cargo recentemente. Há também alta rotatividade de técnicos de enfermagem nas unidades de saúde da cidade, fazendo com que o seu número se altere de tempos em tempos.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe da Família de Santa Bárbara do Monte Verde

A Unidade de Saúde funciona das 8h às 17h, estando disponíveis para o acolhimento a recepcionista e dois técnicos de enfermagem, que se revezam entre si e entre a enfermeira da unidade para serviços assistenciais. Às terças e quartas-feiras, a unidade cede algumas de suas salas disponíveis para atendimento pediátrico, ginecológico e em clínica médica que fazem o matriciamento de suporte à equipe de saúde da família.

Recentemente, a unidade vem sendo alvo de arrombamentos fora do horário de serviço pela sua vulnerabilidade e falta de segurança local, tendo sido, recentemente, roubados aparelhos televisores e computadores.

1.7 O dia a dia da equipe de Saúde da Família de Santa Bárbara de Monte Verde

O tempo da equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea e com o atendimento de alguns programas de demanda programada, compreendidos em grupos de hipertensos e diabéticos e saúde mental. Atividades de puericultura e pré-natal são manejadas pelos serviços especializados dentro da cidade, porém diariamente a demanda em pré-natal na equipe de saúde da família tem aumentado devido ao crescimento de gestações indesejadas e em menores de idade.

A equipe já tentou desenvolver atividades de cunho programado dentro da unidade, mas essas não tem sido bem vista pela população por “reduzir” o número de consultas médicas na unidade. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe tem condicionado a “troca das receitas” à participação nas reuniões para maior adesão as atividades.

1.8 Estimativa rápida - Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Segundo averiguado pela equipe da Estratégia da Saúde da Família, as questões mais relevantes consideradas como situações-problema, estando entrelaçados em vários níveis são:

- Escalada crescente do desemprego/informalidade;
- Ausência de atividades coletivas e de lazer pelo município;
- Alto índice de uso abusivo de psicotrópicos, entorpecentes e drogas lícitas (álcool e tabaco);
- Redução do autocuidado e preservação da saúde individual, com conseqüente surgimento/piora de diversas condições de saúde;

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

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família de Santa Bárbara do Monte Verde, município de Santa Bárbara do Monte Verde, estado de Minas Gerais,

| Principais problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção (ordem de prioridade)**** |
|--|--------------|------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Uso abusivo de psicotrópicos, entorpecentes e drogas lícitas (álcool e tabaco) | Alta | 8 | Parcial | 1 |
| Redução do autocuidado e preservação da saúde individual | Média | 7 | Parcial | 2 |
| Ausência de atividades coletivas e de lazer pelo município | Baixa | 6 | Fora | 3 |
| Escalada crescente do desemprego/informalidade | Alta | 7 | Fora | 4 |

Observações:

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Compreende-se, no entendimento da Equipe de Saúde da Família de Santa Bárbara do Monte Verde, que há uma importante demanda ao se tratar de psicotrópicos – lícitos e ilícitos – dentro do município, uma vez que estes ocupam uma parcela importante dos aspectos epidemiológicos do município. Apesar de complexo, acredita-se que características pontuais presentes nesse uso abusivo podem ser contornadas dentro da própria unidade de saúde, principalmente na questão de medicações psicotrópicas e tabaco.

Além disso, observa-se que associado a este uso abusivo compreende um quadro notável de desinteresse e não participação do autocuidado e preservação da saúde individual dos usuários. Essa questão, atrelada ao uso copioso e desenfreado de psicotrópicos, permeia-se em um ciclo vicioso, motivo esse que se justifica a intervenção sobre esse quesito, estando na alçada da equipe de saúde.

Infelizmente, questões estruturais, políticas e econômicas do município e do sistema de saúde em si, tornam a ausência de atividades coletivas e escalada crescente do desemprego e informalidade na área adscrita algo fora do alcance da equipe por si. Entretanto, vê-se que há possibilidades para a intervenção no que se refere a atividades coletivas, principalmente quando se inclui mecanismos e políticas de apoio a equipe de saúde da família, como o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e aos serviços de matriciamento dentro dos municípios.

Após discussão com a equipe de saúde, a partir da priorização dos problemas identificados, optamos por fazer o projeto de intervenção sobre o uso abusivo de psicotrópicos pelos os usuários da unidade.

2 JUSTIFICATIVA

Ao longo dos anos, diversos perfis epidemiológicos em relação ao uso de psicotrópicos foram traçados pela comunidade científica, principalmente em relação aos benzodiazepínicos (FIORELLI; ASSINI, 2017; MARSDEN *et al.*, 2019).

No Brasil, Fiorelli e Assini (2017) observaram que há uma prevalência de aproximadamente 2% de usuários crônicos de benzodiazepínicos, sendo estes majoritariamente mulheres de idade avançada. Nestas pacientes, mostrou-se uma grande vulnerabilidade a efeitos adversos e a maior probabilidade de eventos de alta morbimortalidade, como fraturas, prejuízo cognitivo e, principalmente, dependência.

Este projeto de intervenção justifica-se pela relevância do tema e sua constatação dentro da comunidade. Pode-se considerar estatisticamente que há atualmente 11% da população municipal com sofrimento mental diagnosticado e potencialmente 35% da população adscrita a equipe de Saúde da Família de Santa Barbará do Monte Verde como futuros portadores de condições de sofrimento mental (BRASIL, 2019a).

Por consequência, esses pacientes possuem elevado risco de uso irregular ou até mesmo abusivo de substâncias psicotrópicas sem o devido acompanhamento de sua condição. A literatura comprova que o uso indevido e prolongado desta substância psicotrópica pode acarretar diversos prejuízos a saúde, devendo ser, portanto, um foco para intervenção dentro do município (BRUNTON *et al.*, 2010).

2 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção para reduzir o uso abusivo de psicotrópicos e entorpecentes pelos usuários adscritos na Unidade Básica de Saúde da Família de Santa Bárbara do Monte Verde, do município de Santa Bárbara do Monte Verde – Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para realização deste projeto, foi utilizado o método da estimativa rápida para realização do diagnóstico situacional e posterior identificação dos problemas mais relevantes existentes no território de abrangência da unidade e o Planejamento Estratégico Situacional (PES), para a definição dos nós críticos e das ações a serem implementadas dentro da área de abrangência (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para revisão bibliográfica, foi consultada a Biblioteca Virtual do Nescon, Documentos do Ministério da Saúde e de bases indexadas de pesquisa no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), (Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e PubMed para revisão bibliográfica. Foram utilizados os seguintes descritores:

Benzodiazepínicos.

Dependência química.

Promoção da Saúde.

A seleção de artigos foi realizada a partir da leitura prévia dos resumos, sendo descartados estudos cujo tema central não estivesse relacionado ao tema central deste projeto.

Foram também consultadas, para levantamento estatístico e epidemiológico, as bases de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019; BRASIL, 2019b). Também se associou a este projeto as bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e dos Mapas Estratégicos para Políticas de Desenvolvimento Social do Ministério da Saúde (DATASUS, 2019; BRASIL, 2019b).

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações da disciplina Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Benzodiazepínicos

Formulados no início da década de 1950, os benzodiazepínicos foram primeiramente introduzidos como “tranquilizantes diurnos” em 1960, com o lançamento do clordiazepóxido (LADER, 1991). Substituindo os barbitúricos como primeira linha nos tratamentos de transtornos ansiosos e insônia, os benzodiazepínicos ganharam a confiança da indústria farmacêutica e médica, pela sua eficácia, baixo perfil de efeitos adversos e rentabilidade: Em 1991, o mercado de benzodiazepínicos produzia um valor de aproximadamente US\$ 2 bilhões mundialmente, valor altamente mais expressivos que os antigos barbitúricos e seus pares, que transitavam próximos aos US\$ 650 milhões na época (LADER, 1991).

Através da elaboração de Baldwin *et al.* (2013) entende-se que os benzodiazepínicos são moduladores alostéricos dos receptores GABA-a neuronais, que são compostos por cinco subunidades de glicoproteínas transmembranas organizadas ao redor de um único canal de cloro. Os benzodiazepínicos se ligam a um sítio específico deste complexo, diferentemente dos sítios destinados a esse neurotransmissor. Pela maior destes receptores aos benzodiazepínicos, há como conclusão deste processo uma hiperpolarização neuronal e redução da excitabilidade da célula nervosa, gerando os efeitos notórios dessas medicações.

Por serem drogas hipnóticas e ansiolíticas, os benzodiazepínicos são comumente empregados no alívio sintomático dos estados de ansiedade e tensão, resultantes de um conjunto multifatorial, destacando-se principalmente o ambiente estressante ou fatores emocionais. Eles acalmam o paciente, moderam a excitação e diminuem a ansiedade (BARROS *et al.*, 2009).

5.2 Dependência química

Segundo Araújo e Laranjeira (2017), o conceito de dependência química modificou-se diversamente ao longo dos anos, sendo complexo a sua colocação como uma ideia única.

Até meados do século XVII, o consumo de álcool e outras drogas eram vistos como resultados de desvios morais e de conduta do indivíduo dependente. Somente em meados do século XIX, utilizou-se pela primeira vez o termo alcoolismo para retratar um conjunto de sinais e sintomas decorrentes do uso abusivo e crônico do álcool (ARAUJO; LARANJEIRA, 2017). Estes conceitos foram evoluindo, passando para cunhar termos como dependência física e dependência psicológica, até que, em meados dos anos 70, Edwards e Gross (1976) propuseram a “síndrome de dependência do álcool”, que partia de três pressupostos básicos: dependência como síndrome nosológica; organização dentro de níveis de gravidade e não como um absoluto categórico e síndrome moldada por outras influências, capazes de predispor, potencializar ou bloquear sua manifestação (ARAUJO; LARANJEIRA, 2017; SULLIVAN; HAGEN, 2002). Essa construção conceitual foi fundamental para a categorização diagnóstica da dependência química em diversos tipos de abuso de substâncias e para a criação do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), que se encontra em sua quinta versão (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014).

Segundo a quinta revisão do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5), apesar de desconsiderar a inexistência de um padrão de consumo de substâncias psicoativas, coloca sete critérios diagnósticos para definição de dependência: Compulsão para o consumo; Aumento da tolerância; Síndrome de abstinência; Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo; Relevância do consumo; Estreitamento ou empobrecimento do repertório; Reinstalação da síndrome de dependência (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014).

O conceito elaborado pela 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a “síndrome de dependência” é caracterizada como um “conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física”, correlacionando aos preceitos de Edwards e Gross (EDWARDS; GROSS, 1976; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993; AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014).

5.3 Promoção da Saúde

A expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez em 1945 pelo canadense Henry Sigerist (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). O médico historiador definiu quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação. Este conceito foi posteriormente elaborado através do Informe Lalonde, documento tido como marco histórico por questionar oficialmente o impacto e custo elevado dos cuidados médicos na saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Este informe pontua a insuficiência das ações centradas na assistência médica sobre os conjuntos que realmente eram identificados por ele como determinantes originais da saúde. Estes englobavam os determinantes biológicos, ambientais e os relacionados aos estilos de vida das populações afetadas. Desta forma, propunha ampliar a atuação da Saúde Pública, priorizando atitudes e medidas educativas e preventivas, que impactassem diretamente alterações individuais, conceito este que norteou o conceito de promoção em saúde ao longo da década de 1970 (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Entretanto, tal abordagem centrava-se na prevenção de doenças crônico-degenerativas, problema prioritário nos países desenvolvidos. A exemplo de outros intelectuais da Saúde Pública, Lalonde (1996) critica tal concepção de promoção de saúde relativa aos hábitos particulares, explicitando que se tratava de uma tentativa de contenção de custos da atenção às doenças.

Cerqueira (1997) foi mais além, apontando o alcance limitado deste enfoque e pontuando consequências relevantes nesta abordagem, como a responsabilização individual e a culpabilização, desatrelando determinantes sociopolíticas e econômicas no processo de saúde-doença e promoção em saúde, desresponsabilizando governos e entidades políticas.

Na tentativa de mudar esta concepção, Labonte (1996) estruturou três “paradigmas” caracterizadores dos problemas em saúde: No primeiro, concentravam-se as questões “médicas”, compreendidas na existência de doenças e ações voltadas para a resolução de sintomas, erradicação de doenças e prevenção do agravamento deste processo; os problemas relacionados a saúde pública compreendiam o segundo grupo, contemplados na promoção de hábitos saudáveis em uma determinada população. E o terceiro grupo, que se propunha a formulação de atitudes para a

criação de entornos socioambientais para promoção de saúde e bem-estar dos indivíduos, independentes da exclusividade dos profissionais de saúde. A construção destes conceitos foi norteadora para diversas políticas e marcos históricos na história da saúde pública nacional e internacional, como a Carta de Ottawa, a Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde e a 8ª Conferência Nacional de Saúde (LABONTE, 1996; CERQUEIRA, 1997; PEREIRA; PENTEADO; MARCELO 2000).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Uso abusivo de psicotrópicos, entorpecentes e drogas lícitas (álcool e tabaco)”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Segundo dados cadastrais individuais promovidos pelos Agentes Comunitários de Saúde da ESF, 326 pacientes, aproximadamente 11% da população apresentam condição clínica em saúde mental diagnosticada. Entretanto, ao se associar usuários de álcool – que contemplam aproximadamente 20% da população – e os usuários de drogas – caracterizando 3% da população cadastrada, apresenta-se um quadro expressivo de pacientes com ampliado risco a sua saúde mental. Como não há nos dados apresentados a quantificação ou qualidade dos hábitos destes usuários, podemos considerar que há, potencialmente, 35% da população municipal como futuros portadores de condições de sofrimento mental.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

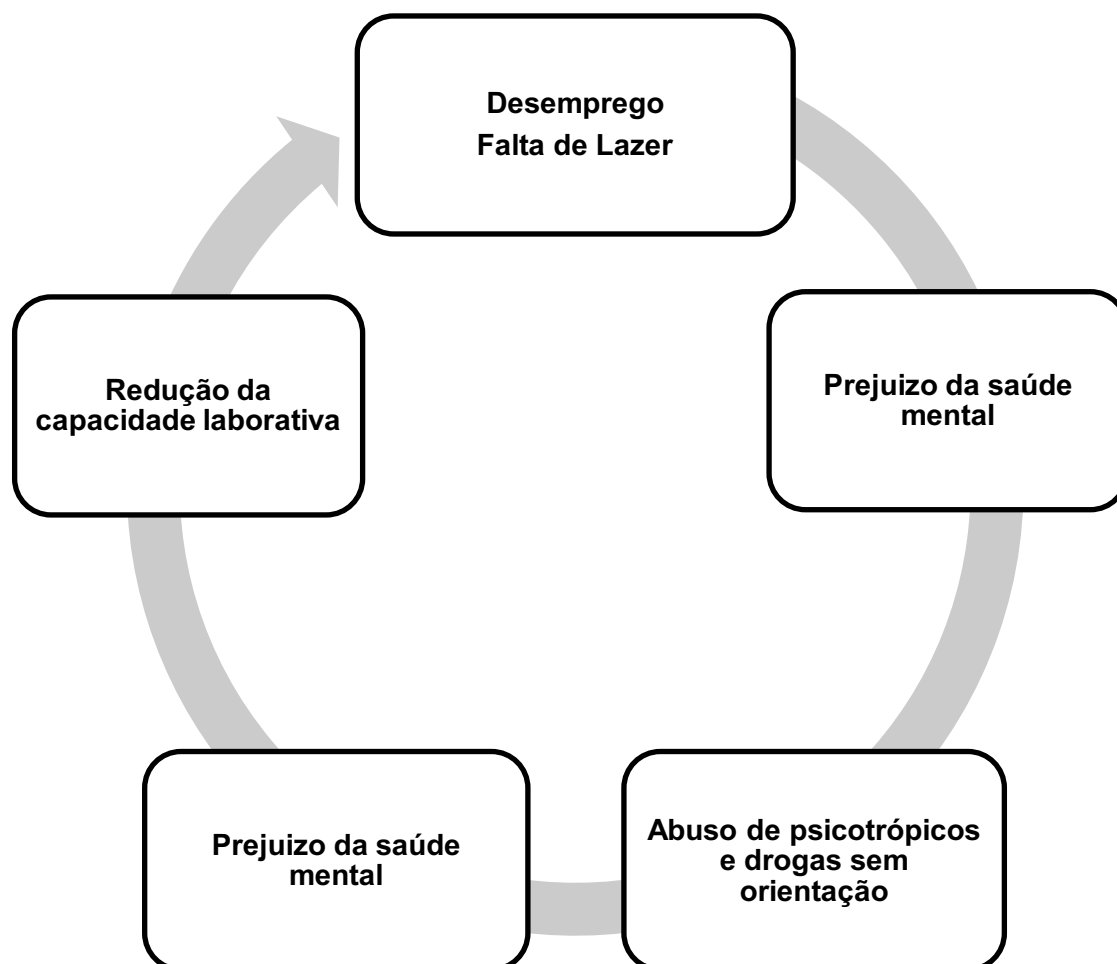
Desemprego + Ausência de atividades de lazer e coletivas → Aumento de quadros em saúde mental (depressão e ansiedade) → Uso de psicotrópicos sem ou com seguimento clínico precário → Sofrimento psíquico → Aumento do uso de álcool, tabaco e drogas → Redução da capacidade laborativa → Aumento de quadros em saúde mental, reiniciando o “ciclo”. O conteúdo da explicação também se mostra na Figura 1.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

- Maus hábitos em saúde: tabagismo, alcoolismo e uso de drogas;
- Pouca orientação sobre os processos de adoecimento em saúde mental, seus agravos e princípios;

- Sedentarismo e pouca valorização das relações humanas para promoção e prevenção em saúde.

Figura 1 – Diagrama para explicação do problema seleccionado (quarto passo)



Fonte: autoria própria

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

O desenho das operações propostas no projeto de intervenção se encontra nos quadros 1, 2 e 3 deste projeto.

Quadro 3 – Operações sobre o “Nó crítico 1” relacionado ao problema “Uso abusivo de psicotrópicos, entorpecentes e drogas lícitas (álcool e tabaco)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município de Santa Bárbara do Monte Verde, estado de Minas Gerais

| | |
|--|--|
| Nó crítico 1 | Maus hábitos em saúde: tabagismo, alcoolismo e uso de drogas. |
| Operação | Abandono de drogas lícitas e ilícitas |
| Projeto | Novos Hábitos |
| Resultados esperados | Reduzir o consumo de álcool e tabaco em 20% em 1 ano. Reduzir o consumo de drogas ilícitas em 10% em 2 anos |
| Produtos esperados | Grupo de demanda agendada para tabagismo Campanhas contra uso de drogas Orientações sobre uso de álcool e drogas em eventos municipais Articulação intersetorial com referências em saúde mental para melhor tratamento e acompanhamento de casos de uso de entorpecentes (matriciamento) |
| Recursos necessários | Estrutural: para organização dos grupos e campanhas Cognitivo: para conhecimentos gerais e específicos sobre o processo de dependência em entorpecentes; Financeiro: para capacitação de corpo clínico para intervenção nos usuários; formulação de equipe para matriciamento. Político: para articulação intersetorial ao matriciamento. |
| Recursos críticos | Financeiro: para capacitação de corpo clínico para intervenção nos usuários; formulação de equipe para matriciamento. |
| Controle dos recursos críticos | Secretaria de Saúde como ator que controla; Motivação favorável. |
| Ações estratégicas | Não é necessária |
| Prazo | 60 dias para ação estratégica |
| Responsável pelo acompanhamento das ações | Coordenadora do PSF/Enfermeira e médico |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Reunião quinzenal com a Equipe de Saúde da Família |

Quadro 4 – Operações sobre o “Nó crítico 2” relacionado ao problema “Redução do autocuidado e preservação da saúde individual” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município de Santa Bárbara do Monte Verde, estado de Minas Gerais

| | |
|--|---|
| Nó crítico 2 | Orientação sobre os processos de adoecimento em saúde mental, seus agravos e princípios. |
| Operação | Mente Afiada |
| Projeto | Autocuidado em saúde mental e seus derivados |
| Resultados esperados | Reduzir a demanda espontânea em saúde mental em 10% em 1 ano |
| Produtos esperados | Rodas de debate Palestras Orientações individualizadas Campanhas em rádio local e áreas de lazer |
| Recursos necessários | Estrutural: para realização das rodas e palestras; Cognitivo: para formulação de novas estratégias para educação ao usuário; Financeiro: para confecção de pôsteres/panfletos da campanha; Político: para organização intersetorial e locação das estruturas para os eventos\disponibilidade da rádio local; |
| Recursos críticos | Cognitivo: para formulação de novas estratégias para educação ao usuário. |
| Controle dos recursos críticos | Equipe de Saúde da Família como ator que controla; Motivação indiferente. |
| Ações estratégicas | Fomentar a capacitação para melhor eficiência do processo de trabalho |
| Prazo | 60 dias para ação estratégica |
| Responsável pelo acompanhamento das ações | Médico de Saúde da Família |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Reunião quinzenal com a Equipe de Saúde da Família |

Quadro 5 – Operações sobre o “Nó crítico 3” relacionado ao problema “Ausência de atividades coletivas e de lazer pelo município”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município de Santa Bárbara do Monte Verde, estado de Minas Gerais

| | |
|--|---|
| Nó crítico 3 | Sedentarismo e valorização das relações interpessoais e de comunidade para promoção e prevenção em saúde |
| Operação | Unidos, Venceremos! |
| Projeto | Valorização de atividades em conjunto e em comunidade para acabar com o sedentarismo prevalente no município |
| Resultados esperados | Reduzir em 20% o número de pacientes com sobrepeso ou obesidade em 1 ano Instituir atividades comunitárias em saúde, pelo menos 1 vez por semana, em 1 ano |
| Produtos esperados | Atividades físicas em grupo, nos espaços públicos Grupos de apoio nutricional Campanhas de valorização da comunidade e seus participantes |
| Recursos necessários | Estrutural: para criação de grupos operativos Cognitivo: para conhecimentos gerais e específicos sobre sedentarismo e suas complicações Financeiro: para capacitação dos profissionais sobre o tema (profissionais de educação física/nutricionistas). Político: para articulação intersetorial dos diversos segmentos da sociedade em prol da intervenção |
| Recursos críticos | Financeiro: para capacitação dos profissionais sobre o tema (profissionais de educação física /nutricionistas). |
| Controle dos recursos críticos | Secretaria de Saúde como ator que controla; Motivação contrária. |
| Ações estratégicas | Justificar e elaborar plano para implementação do Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município |
| Prazo | 90 dias para ação estratégica |
| Responsável pelo acompanhamento das ações | Médico da Saúde da Família |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Reunião quinzenal com a Equipe de Saúde da Família |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise crítica de diversos artigos relacionados à utilização de benzodiazepínicos, pode-se perceber a existência de um crescente em relação ao seu consumo por parte da população. Conseqüentemente, surge a questão do comprovado uso abusivo e da dependência relativos ao consumo elevado destes medicamentos, que, ao ser associado ao consumo de outras drogas como álcool e tabaco, potencializam os efeitos deletéricos.

O apoio do próprio usuário, a contínua prescrição médica, e a falha na orientação pela equipe de saúde podem ser pontuados como mantenedores dessa situação.

Percebe-se a importância da orientação e acompanhamento adequado, além de campanhas informativas que salientam a necessidade de ampliação da percepção de risco pessoal entre os pacientes que fazem uso prolongado de substâncias psicoativas, principalmente os benzodiazepínicos.

Ressalta-se que, há necessidade de maior articulação dos profissionais da equipe de saúde, além de educação continuada para médicos e ações intersetoriais locais para o bom desenvolvimento das ações propostas. Essas atitudes poderiam melhorar a qualidade da prescrição, da prestação de serviços, da qualidade de vida dos pacientes e, especialmente, o almejado êxito terapêutico.

Espera-se que, com as ações planejadas possamos reduzir o uso abusivo desses medicamentos na comunidade adscrita a nossa equipe de saúde.

REFERENCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed; 2014.

ARAÚJO, M.R.; LARANJEIRA, R. Evolução do conceito de dependência química. In: GIGLIOTTI, A; GUIMARÃES, A. **Adição, Dependência, Compulsão e Impulsividade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2017. p. 57-69.

BALDWIN, D.S. *et al.* Benzodiazepines: Risks and benefits. A reconsideration **Journal of Psychopharmacology**., n.27, n.11, p. 967 –971, 2013.

BARROS, A. M.; *et al.* A importância do farmacêutico no controle e dispensação de Benzodiazepínicos. **Rev. Científica do ITPAC**. Vol. 2, n.4. p.13-16, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mapas Estratégicos para Políticas de Desenvolvimento Social** Versão de 2019.04. Brasília: 2019a. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/saqi/mops> Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica**. Versão 2.1.190530. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/> Acesso em: 13 jun. 2019.

BRUNTON, L. L. *et al.* **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 11 ed. Porto Alegre (RS), Mc Graw Hill/Artmed, 2010.

CERQUEIRA, M T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial**. Genebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997. p.7-48

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Iniciacao-metodologia-versao-final.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Versão de 2019.04. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br> . Acesso em: 11 jun. 2019.

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/imagem/PLANEJAMENTO AVALIA CAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIA CAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf). Acesso em: 11 jun. 2019.

FIORELLI, K; ASSINI, F. L; A prescrição de benzodiazepínicos no Brasil: uma análise de literatura. **ABCS Health Sci**. n. 42. p. 40-44, 2017.

EDWARDS, G.; GROSS, M.M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **BMJ**, n.1, p.1068-71, 1976.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. IBGE Cidades. Versão 4.3.23. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santa-barbara-do-monte-verde/panorama>
Acesso em: 11 jun. 2019.

LABONTE, R. Estratégias para la promoción de la salud en la comunidad. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington: OPAS, 1996, p.153-65. (Publication científica, 557).

LADER, M. History of Benzodiazepine Dependence. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 8, p. 53-59, 1991.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. P. G. **Dependência de Benzodiazepínicos**. UNIAD. Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas. 2000.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARSDEN, J. *et al.* Medicines associated with dependence or withdrawal: a mixed-methods public health review and national database study in England. **Lancet Psychiatry**. v. 6, n.11, p. 935-50. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed; 1993

PEREIRA, I. M. T. B., PENTEADO, R. Z., MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O mundo da saúde**, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, **Interface (Botucatu)**. v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SULLIVAN, R.J.; HAGEN, E.H. Psychotropic substance seeking: evolutionary pathology or adaptation? **Addiction**.v.97, n.4, p. 389-400, 2002