



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Cássio Felipe Viana Coelho

A falta de informação e o mal uso de fármacos benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde

Florianópolis, Março de 2023

Cássio Felipe Viana Coelho

A falta de informação e o mal uso de fármacos benzodiazepínicos
na Atenção Primária à Saúde

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Carolina Abreu Henn de Araújo
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Cássio Felipe Viana Coelho

A falta de informação e o mal uso de fármacos benzodiazepínicos
na Atenção Primária à Saúde

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Carolina Abreu Henn de Araújo
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A renovação de receitas destes medicamentos está constantemente presente na rotina das Clínicas da Família, relacionado, inclusive, ao uso prolongado (superior a 6 meses), demandam um acompanhamento regular e através de consultas médicas observa-se, contudo, que os pacientes preocupam-se somente com a obtenção da receita médica, desvalorizando a consulta e as orientações médicas e, assim, reduzem a função da Clínica da Família à somente mantenedora do medicamento. **Objetivos:** construir um plano de ação visando melhorar o acolhimento dos pacientes de saúde mental, reduzir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pela população adscrito na CF do Bairro Carioca, elaboração de grupos para população de mudanças de hábitos como alimentação, higiene e atividade física e reeducação nos hábitos do sono. **Metodologia:** capacitar e conscientizar a equipe de saúde, junto com a participação do NASF e CAPS, em vigência para melhorar o acolhimento do paciente de saúde mental; avaliar o perfil dos usuários através do cartão de acompanhamento do paciente, onde estão registradas informações sobre dados pessoais, patologia(s) diagnosticada(s), medicamento(s) usado(s), dados dos últimos exames realizados e datas das últimas consultas feitas com especialistas, tais como psiquiatra, psicólogo, dentista e nutricionista e as atividades realizadas; manter melhor controle dos pacientes que usam medicações psicotrópicas do tipo benzodiazepínico, e na consulta definir, se a insônia está associada aos hábitos do paciente, ou a Insônia está relacionada a outros problemas de saúde, ao uso de fármacos, a transtorno de ansiedade ou depressão ainda não identificada ou já em tratamento. **Resultados esperados:** espera-se que haja uma diminuição dos quadros de confusão mental causada pelo uso de benzodiazepínicos nos idosos, além da diminuição dos gastos das famílias e da sociedade com o consumo dessas substâncias.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde, Benzodiazepí-
nas

Sumário

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 15 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 15 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 17 |
| 4 | METODOLOGIA | 25 |
| 5 | RESULTADOS ESPERADOS | 27 |
| | REFERÊNCIAS | 29 |

1 Introdução

A Clínica da Família do Bairro Carioca, é nova no bairro, existe aproximadamente há sete anos, fica instalada na Rua Bergamo 320, no bairro Benfica na Zona Norte do Rio de Janeiro, o território que abrange a clínica é formado por um condomínio conhecido como Bairro Carioca com aproximadamente 30 prédios com 20 apartamentos em cada prédio e a outra área fica localizada depois da linha de metrô que seria o começo do morro da comunidade Mangueira, e nos últimos anos, uma nova comunidade que se instalou debaixo do metrô, que seria ao lado e atrás da clínica, uma favela que segue toda a trilha do metrô dando conexão a comunidade do Jacaré. Aproximadamente o território conta com uma população de 11 mil habitantes.

Segundo a divisão de território mediante a atenção da clínica da família, encontra-se o em 3 equipes Itapoã, Mogi Mirim e Bergamo, a princípio eram as 3 equipes divididas somente dentro do condomínio, por mudanças da Secretaria da Saúde, a equipe Mogi Mirim e Bergamo se divide hoje, dentro Condomínio, e a equipe Itapoã, que seria na área, depois do Metrô, vinculada a comunidade da Mangueira, e a favela conhecida como Nova Jerusalém não tem equipe, e então é atendida por todos.

Após a criação da comunidade Nova Jerusalém, ocorreu um crescimento rápido e destruturado, que é refletido nas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas. Nesta nova comunidade a população vive em situação de extrema pobreza, sem saneamento básico (água potável, tratamento de esgoto) com grande acúmulo de lixo. Ainda assim, a rede elétrica chega nas casas por conexão clandestina. Já no condomínio do Bairro Carioca, possui saneamento básico, porém liderado pelo tráfico de drogas e a comunidade da Mangueira possui saneamento básico, toda essa população dependem de programas federais de assistencialismo, como o bolsa família, e é comum a prática de tráfico de drogas e de mercadorias como fonte de renda. Infelizmente, uma pequena parcela está inserida no mercado de trabalho.

A educação não é a principal prioridade dessa população, uma vez que muitas crianças deixam a escola para se dedicarem ao tráfico. É comum ver muitos adolescentes empunhando arma de fogo e, além disso, existem trabalhos como moto táxi, catador de lixo, agente de saúde, vendedor ambulante, que lhes pode proporcionar alguma fonte de renda para ajudar seus familiares. Há que entender que muitas vezes as crianças pertencem a lares onde os pais fazem uso de drogas e não estão comprometidos com educação, higiene ou qualquer outro aspecto referente a formação de um menor.

Sendo esse um contexto de extrema vulnerabilidade e pobreza, muitos dependem da ajuda do programa bolsa família para sobreviver, uma vez que o espaço no mercado de trabalho é cada vez mais estreito até para aqueles que possuem graduação, frente a essa população onde ler e escrever já é uma vitória.

Constantemente há conflito armado entre traficantes e policiais, já sendo essa a rotina diária, portanto é necessária a avaliação do território por pessoas que fazem parte da comunidade, uma vez que se deseje ingressar na mesma, evitando assim qualquer exposição pessoal a situações de risco, para os profissionais da saúde da clínica, possui um grupo por via celular que se conhece como ACESSO SEGURO nos alertando de possíveis situações de confrontos.

É importante entender o perfil demográfico da comunidade e a associação desse tópico com perfil epidemiológico. Como mencionado no início, à população total da comunidade é de aproximadamente 11 mil habitantes. A distribuição da população por faixa etária é:

30% de crianças e adolescentes (0-19 anos);

50% de adultos (20-59 anos);

20% de idosos (com 60 anos ou mais).

O coeficiente de natalidade é de 17% no ano de 2018.

Taxas de mortalidade referentes a unidade:

- Taxa de mortalidade geral da população corresponde a 8,5% no ano de 2018;

- Taxa de mortalidade por doenças crônicas foi de 68,3% no ano de 2017.

- Taxa de mortalidade infantil no município foi 2,4% no ano de 2018 ;

- Razão de mortalidade materna foi 82,9% no ano de 2017;

Anteriormente, o agendamento das consultas era realizado de forma mensal, porém pelo aumento do número de demandas, o atendimento hoje é de livre demanda, priorizando pacientes gestantes, pacientes com doenças infectocontagiosas (hiv, tuberculose), crianças menores de 1 ano, e pacientes complexos com suas doenças crônicas descompensadas e neoplasias. Ademais, os profissionais de nossa equipe estão todos capacitados na realização da escuta qualificada para realizar um acolhimento adequado e comprometido com as necessidades dos pacientes que se apresentam à unidade de saúde mesmo sem ter um agendamento. As principais queixas estão relacionadas a saúde mental, doenças crônicas ou patologias conseqüentes a necessidade de higiene e alimentação adequada, como verminose, gastroenterite infecciosa, deficiência de vitaminas e minerais, assim como infecções cutâneas.

O transtorno de ansiedade e depressão é um motivo de consulta corriqueiro nessa área, devido às condições precárias de vida, pobreza, violência e isolamento social.

As infecções de pele como impetigo, micose cutânea e abscesso cutâneo são motivos de consulta diários que acometem não só a população entre 0-14 anos, como também adultos.

As gastroenterites infecciosas e verminoses se unem as afetações cutâneas nas consultas diárias, deixando em evidência a necessidade de educação em prevenção de doenças de higiene pessoal e de alimentos.

Doenças infectocontagiosas como tuberculose e HIV, vêm aumentando muito o número de casos no nosso território.

Para concluir, as doenças crônicas como hipertensão e diabetes e suas complicações também são motivos frequentes de consulta, uma vez que sua prevalência é marcante não só nessa área como também em todo o município.

Os pacientes portadores de doença mental ou usuários de medicações psicotrópicas estão presentes cada dia mais na Clínica da Família do Bairro Carioca, o que geram enormes desafios para toda a equipe de saúde. O problema observado na Unidade é o grande número de pacientes que fazem uso crônico de benzodiazepínicos. O uso inadequado dos benzodiazepínicos a anos e envolve não só os usuários, como os médicos que prescrevem a medicação, o farmacêutico que a dispensa e toda a equipe de saúde da família. A falta de informação, a pouca importância às consequências deletérias do uso indevido e o empenho mínimo para reverter esse quadro, somada a uma série de outras questões, parecem ser alguns dos principais fatores que propiciam a perpetuação desse cenário. Numa tentativa de reduzir o uso indiscriminado desse medicamento quatro planos de ação foram desenhados, o primeiro consiste em melhorar o acolhimento dos pacientes de saúde mental, conscientizar os prescritores e dispensadores das medicações e o segundo aborda o desmame do paciente com melhor avaliação do paciente de saúde mental. Nessa perspectiva todos devem ser mobilizados para uma conscientização coletiva quanto ao uso exacerbado da medicação. A ação proposta envolve e articula todos envolvidos a fim de informar e sensibilizar sobre a prática que ocorre na Unidade de Saúde para que ações possam ser executadas e a população se beneficie com uma qualidade de vida superior a dos dias atuais. Sabe-se das dificuldades enfrentadas ao se propor mudanças de condutas pré-estabelecidas, como a renovação automática de receitas sem reavaliação, mas o planejamento e execução de ações para minimizar os efeitos adversos do uso indiscriminado dos benzodiazepínicos devem prevalecer em prol da saúde dos pacientes.

A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, incluindo nesta rede: atenção básica, NASF, ambulatórios da CAPS, grupos e clubes de lazer.

OS CAPS (Centro de atenção psicossocial) são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola , trabalho, igreja etc...) daqueles usuários que o frequentam.

Segundo o Ministério da Saúde (2004) 3% da população brasileira em torno de 5 milhões de pessoas, necessitam de cuidados contínuos, que apresentam transtornos mentais severos e persistentes e mais de 9% a 12% que seria 20 milhões de pessoas precisam de atendimento eventual que são transtornos menos graves, quanto a transtornos decorrentes ao uso prejudicial de álcool e outras drogas a necessidade de atendimento regular atinge cerca de 6 a 8% da população embora possivelmente na data de hoje estes valores devem haver aumentando bastante.

De acordo a OMS, em 2003, os transtornos mentais são a segunda causa de adoecimento da população.

Em todos os níveis de assistência o acolhimento certamente é a dimensão primordial. Do porteiro, do agente da saúde, do auxiliar administrativo ao funcionário da limpeza, da equipe técnica, enfim de todos que participam do processo de trabalho em um serviço de saúde, acolher é o primeiro e indispensável passo para um atendimento correto e bem sucedido.

A realização de grupos de capacitação para as equipes de saúde, junto ao NASF, dando vigência sobre a importância do acolhimento em pacientes de saúde mental, se possível algum especialista na área para brindar informações práticas e acessível para o manejo de um acolhimento eficaz e possibilitar a elaboração de estratégias de intervenção com melhor foco e orientação relacionados aos pacientes de saúde mental.

Ao manejo na clínica seria interessante criar um cartão de acompanhamento do paciente, onde estão registradas informações sobre dados pessoais, patologia(s) diagnosticada(s), medicamento(s) usado(s), dados dos últimos exames realizados e datas das últimas consultas feitas com especialistas, tais como psiquiatra, psicólogo, dentista e nutricionista e as atividades que vem sendo realizadas, será permitido um conhecimento melhor da condição econômica e social de cada indivíduo, fortalece o vínculo, permite mais empatia e sensibilidade na atenção e melhora a adesão terapêutica.

A insônia é o mais prevalente dos transtornos do sono, definida como a insatisfação com a qualidade ou a quantidade de sono, que ocorre a despeito de adequada oportunidade para dormir e que impõe ao indivíduo algum tipo de prejuízo durante o dia. A prevalência da insônia crônica em sociedades industrializadas é de 5 a 10%. Entre pessoas portadoras de doença crônica (psiquiátricas ou não) e idosos, a prevalência é significativamente maior. Trata-se de queixa frequente na Atenção Primária à Saúde (APS). É importante na avaliação de um paciente com insônia o médico definir alguns pontos:

Tempo de evolução: A insônia aguda dura menos de 3 meses e está temporalmente associada a algum evento estressante identificável. A resolução costuma ocorrer com a cessação do fator estressor ou com a adaptação do indivíduo à situação. Os quadros de insônia que duram mais de três meses são considerados crônicos.

Características da insônia: Deve-se avaliar a dificuldade para iniciar o sono (insônia inicial), manter o sono (insônia intermediária) e despertares precoces pela manhã sem possibilidade de voltar a dormir (insônia terminal).

Consequências diurnas: avaliar a presença de sonolência diurna, cansaço ou irritabilidade associada.

Hábitos de sono: Investigar a hora habitual de deitar e levantar, atividades que realiza no final do dia, assim como hábitos de cochilar e dormir durante o dia.

Hábitos alimentares: quantificar o uso de café, chimarrão, refrigerantes, álcool e outros estimulantes.

Revisão de outros problemas de saúde: teoricamente, qualquer condição de saúde pode se relacionar com insônia. Destaca-se os problemas pulmonares crônicos como asma e

DPOC, apneia obstrutiva do sono, doença do refluxo gastroesofágico, hipertireoidismo, menopausa, insuficiência cardíaca e dor crônica.

Listar todos os fármacos de uso atual e hora de administração: Fármacos como a teofilina, betabloqueadores (atenolol, metoprolol), corticoides de efeito sistêmico, bronco dilatadores, diuréticos, psicofármacos (fluoxetina e outros ISRS, bupropiona, metilfenidato) podem causar ou piorar a insônia.

Identificar a presença de transtorno psiquiátrico: A insônia pode ser um sintoma relacionado a um episódio depressivo ou um transtorno de ansiedade atual. Assim, diante desta queixa, devemos investigar ativamente a presença destes transtornos.

O importante seria definir se realmente a insônia está associada aos hábitos do paciente, ou a Insônia está relacionada a outros problemas de saúde, ao uso de fármacos, a transtorno de ansiedade ou depressão ainda não identificada ou já em tratamento.

Todos os pacientes com insônia, independente da causa, devem receber orientações gerais para mudanças de hábito. As medidas não farmacológicas podem ser aplicadas como uma intervenção isolada ou combinada com outras intervenções. Onde melhorando o acolhimento com uma equipe capacitada, com conscientização com o paciente, e buscando pontos específicos na avaliação do paciente, manteríamos o controle destes pacientes.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Construir um plano de ação visando melhorar o acolhimento dos pacientes de saúde mental, reduzir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pela população adscrito na CF do Bairro Carioca, elaboração de grupos para população de mudanças de hábitos como alimentação, higiene e atividade física e reeducação nos hábitos do sono.

2.2 Objetivos Específicos

- Capacitar e conscientizar a equipe de saúde, junto com a participação do NASF e CAPS, em vigência para melhorar o acolhimento do paciente de saúde mental;
- avaliar o perfil dos usuários através do cartão de acompanhamento do paciente, onde estão registradas informações sobre dados pessoais, patologia(s) diagnosticada(s), medicamento(s) usado(s), dados dos últimos exames realizados e datas das últimas consultas feitas com especialistas, tais como psiquiatra, psicólogo, dentista e nutricionista e as atividades realizadas;
- Manter melhor controle dos pacientes que usam medicações psicotrópicas do tipo benzodiazepínico, e na consulta definir, se a insônia está associada aos hábitos do paciente, ou a Insônia está relacionada a outros problemas de saúde, ao uso de fármacos, a transtorno de ansiedade ou depressão ainda não identificada ou já em tratamento.

3 Revisão da Literatura

A reforma psiquiátrica brasileira teve seu início na década de 70, e foi impulsionada pelos trabalhadores e seus famílias e gestores da saúde em prol da população. Segundo a OMS 2001 o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu grande trabalho na reforma psiquiátrica, na consolidação de uma política pública de saúde mental que assegurou a todos os brasileiros o acesso ao atendimento em qualquer nível de atenção, não somente em hospital psiquiátrico, também zelando a saúde, o direito do convívio social, ao trabalho a cultura e a cidadania dos pacientes portadores de sofrimento mental (OMS, 2001). Foi um grande marco na história da saúde mental, que modificou a assistência prestada aos pacientes com transtornos mentais, que se encontrava distante dos princípios do SUS, submetida a um sistema manicomial pela exclusão social do paciente.

LINHA CRONOLOGICA DA REFORMA PSIQUIATRICA NO BRASIL ATÉ CHEGAR NA ATENÇÃO PRIMARIA:

1970 – Início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, a favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores suas famílias e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado, tendo sua história própria inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Apresentando crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2004).

A Reforma Psiquiátrica foi maior do que a sanção de novas leis e normas, maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. Foi um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incidiu em diversos territórios e esferas, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Com esse avanço a Reforma passou a ser um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, e no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, marcando impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2004).

1978 – Histórico da Reforma: (I) crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991) **foi o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)**, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

1986 – Foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, na

cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como **CAPS** da Rua Itapeva

1987 – Em Bauru, São Paulo, foi adotado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. que realizaram a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro).

1988 – Criação do SUS - Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.

1989 – Iniciou o processo da intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Com repercussão nacional, foi demonstrada de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico, onde foram implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas. Foram criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações, e a inspiração no modelo baseado na experiência do município de Santos que passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Após tudo o ocorrido, foi elaborado um projeto de Lei 3657 que dispõe sobre a superação do manicômio e a construção da assistência substitutiva, tornando lei com aprovação e sanção em abril de 2001. Assim, essa reforma contribuiu para a implementação de uma nova política pública de assistência aos pacientes psiquiátricos, apresentando um novo modelo assistencial para saúde mental, buscando sobretudo um cuidado que promova autonomia e a amplificação dos laços sociais, ao invés de segregação e abandono (DELGADO, 1997) .

1990 – Foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental que passou a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos

1992 – Histórico da Reforma: (II) inicia a implantação da rede extra-hospitalar(1992-2000) os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, aprovados em vários estados brasileiros criando as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, foi acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começam a ganhar contornos mais definidos. Marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (ANDREOLI, 2007).

1996 – Foi considerado que a reabilitação psicossocial como um processo que propor-

ciona ao usuário autonomia de suas funções na comunidade, portando os pacientes com transtornos psiquiátricos deveriam ser integrados nos diferentes espaços da sociedade, visando sua recuperação.

1999 – A reabilitação psicossocial foi contemplada por três vértices da vida de qualquer cidadão: habitat, rede social e trabalho com valor social. Durante décadas, o doente mental foi afastado do convívio social e familiar, mas o novo modelo de tratamento reintegrou os pacientes com transtornos mentais em seus âmbitos familiares e sociais, buscando a sua reabilitação. Sempre considerando a família e a comunidade como importantes aliados no tratamento, contando com suporte especializado e acesso ao serviço de saúde em momentos de crises

A Organização do serviço de Saúde Mental no Brasil conta com o Apoio Matricial que seria um arranjo organizacional que visa a outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Esse apoio é geralmente realizado por profissionais da saúde mental que podem estar ligado aos centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

O principal objetivo da reforma psiquiátrica foi a possibilidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados.

2001 – Merece destaque a realização, ao final do ano de 2001, em Brasília, da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Dispositivo fundamental de participação e de controle social, a III Conferência Nacional de Saúde Mental é convocada logo após a promulgação da lei 10.216, e sua etapa nacional foi realizada no mesmo ano, em dezembro de 2001. As etapas municipais e estaduais envolveram cerca de 23.000 pessoas, com a presença ativa de usuários dos serviços de saúde e seus familiares, e a etapa nacional contou com 1.480 delegados, entre representantes de usuários, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde. Durante todo o processo de realização da III Conferência e no teor de suas deliberações, condensadas em Relatório Final, foi evidente o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, e foram pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Foi esta conferência, que forneceu os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil. A Lei Paulo Delgado é sancionada no país, com aprovação, no entanto, de um substitutivo do Projeto de Lei original, que trouxe modificações importantes no

texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 2001 redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impôs novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passou a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2001) .

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimentou uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente.

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos.

2002 – Ocorreu o Processo de desinstitucionalização implementando a desospitalização (falta de investimentos e planejamento de ações necessárias ao novo tratamento proposto pela Reforma Psiquiátrica processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passou a tornar-se política pública no Brasil. Assim, a distribuição dos atuais 42.076 leitos psiquiátricos no Brasil ainda expressa o processo histórico de implementação nos estados de um modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental. Esta oferta hospitalar, em sua maioria de leitos privados (58% dos leitos em psiquiatria), concentrou-se historicamente nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental. Assim, configuram-se como estados de grande tradição hospitalar e alta concentração de leitos de psiquiatria, os estados da Bahia e Pernambuco na Região Nordeste do Brasil, Goiás no Centro- Oeste , Paraná na região Sul e São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais na região Sudeste . A região Sudeste, como grande centro histórico de desenvolvimento do país, sedia cerca de 60% dos leitos de psiquiatria no país. (BRASIL, 2004).

2004 - Aconteceu o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS.

Enfim consolidando a reforma psiquiátrica como política de estado no mesmo ano em que a Lei Federal 10.216 de 6 de abril foi sancionada. A Reforma Psiquiátrica modificou a perspectiva no tratamento da pessoa em sofrimento mental e passou a incluir não apenas

os fatores biológicos, mas também a subjetividade da pessoa, sua história de vida, seu contexto econômico, social e cultural. O acolhimento do sujeito em sofrimento mental, neste sentido, extrapola os serviços de saúde mental, para incluir instituições de outros setores, associações, cooperativas, espaços organizados pela comunidade, enfim, incluir as potencialidades de recursos que a comunidade possui. O cuidado em saúde mental organizado em rede de base comunitária prevê, portanto, vários serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico funcionando de maneira articulada, cabendo aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a organização desta rede. Além dos CAPS, a rede de atenção à saúde mental inclui os Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais gerais. O CAPS foi pensado como um dispositivo de cuidado intensivo, destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros severos e persistentes. Foi criado para ser substitutivo ao hospital psiquiátrico, oferecendo atendimento a pessoas de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e reinserção social, através de ações voltadas ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Ao longo do seu desenvolvimento, que segue um curso particular e nem sempre coincidente com aquele da Reforma Sanitária, esforços foram mais ou menos dirigidos na perspectiva de recuperar esse sentido original, sobretudo no que tange à constituição de uma rede integrada de assistência ao portador de transtorno mental (BRASIL, 2002).

O uso atual dos BZDs se estima em 50 milhões de pacientes, com incidência maior em mulheres acima de 50 anos com problemas de insônia e transtornos psiquiátricos. Atualmente 1 em cada 10 adultos recebem prescrições de BZDs a cada ano, a maioria por clínicos gerais na atenção primária. Estudos demonstraram um aumento do consumo entre os anos de 2000 a 2006 comparando com o uso na década de 80 nos países como Brasil, Portugal, Chile e Argentina. Prevendo que o consumo dobra a cada cinco anos. (YATES; CATRIL, 2009).

O consumo elevado dessa classe de medicamentos, podem estar relacionados com a diminuição progressiva da resistência humana de tolerar o estresse, com a introdução de novas drogas, somando a isso, a pressão crescente da publicidade por parte da indústria farmacêutica, ou ainda, hábitos de prescrição inadequada por parte dos profissionais. Acrescenta-se, ainda, o fato dos medicamentos serem considerados uma das principais tecnologias contemporâneas de cuidado, prometendo afastar qualquer sofrimento da sociedade atual, como depressão, ansiedade, transtornos psicóticos, solidão, crises econômicas e tristeza, apenas com a administração de uma eficaz substância química no organismo (UMEZAKI; OSVALDO; LEIRA, 2012).

O uso de benzodiazepínicos pode-se tornar uma ameaça para os pacientes quando se vêm dependentes, sem completo controle sobre seu uso. Ocorrendo a perda da autonomia, porque não é mais apenas um objeto para servir às pressões da vida cotidiana, aos efeitos imediatos de dormir, esquecer-se das questões que afligem a vida desses usuá-

rios. O consumo torna-se então orientado pela necessidade gerada pela própria ação dos benzodiazepínicos, sua dependência (RIBEIRO et al., 2010) .

USO INDISCRIMINADO

Alguns estudos referem diversos fatores que levam à prescrição inadequada de BZD. Em estudo realizado na Noruega, os médicos alegaram que essa é uma das tarefas mais solicitadas e desconfortáveis que exercem, já que de alguma forma têm a sensação de estarem praticando algo errado. As justificativas apresentadas para a continuidade do medicamento foram: pacientes que já chegaram fazendo uso de BZD prescritas por outros médicos; não querer interferir no direito de escolha do paciente; entenderem como adequado promover um “alento” à vida dos pacientes; dificuldade em negar receitas e a prática comum de repetição de receitas sem contato com o paciente (CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006). Em levantamento domiciliar realizado por Noto (2002) em 2001, 3,3 dos entrevistados afirmaram uso prévio de BZD sem receita médica. Em estudo transversal realizado por Mattioni (2005) observou-se prevalência de quase 11% no uso deste tipo de fármaco, sendo mais de 70% mulheres entre 50 e 59 anos. Em relação ao tempo de uso, a maioria (58,6%) utilizou por mais de dois anos. Observa-se com os estudos que a irracionalidade no uso de BZD é uma prática comum entre médicos que, muitas vezes, não apresentam conhecimento necessário tornando a prescrição um ato acrítico e desbalanceado (MATTIONI et al., 2005).

DADOS EPIDEMIOLOGICOS

Uma estatística da Organização Mundial de Saúde, publicada há alguns anos, mostrou um consumo anual de 500 milhões de diferentes psicotrópicos no Brasil. Desses, 70% eram ansiolíticos, ou seja, benzodiazepínicos.

No Brasil ha cerca de mais de 30 desses fármacos que constam na lista B, e são vendidos somente com notificação de Receita B (Azul) de acordo com a Portaria 344/1998.

Dentre os cinco princípios ativos mais dispensados entre 2007 e 2010 no Brasil os três primeiros são Clonazepam, Bromazepam e Alprazolam. Segundo o Boletim de Farmacoe-pidemiologia do SNGPC (Sistema Nacional de Gerenciamento de Psicotrópicos) publicado em 2011 pela ANVISA, o consumo de Clonazepam passou de 29.463 UFD (Unidades Físicas Dispensadas) em 2007 para 10.590.047 UFD em 2010. No Brasil aproximadamente 4% da população fazem uso indevido de Benzodiazepínicos, especialmente as mulheres (DE; SÁTIRO; REGINA, 2013).

No município do Rio de Janeiro, a prescrição de benzodiazepínicos para o combate de insônia e ansiedade é algo bastante comum. A renovação de receitas destes medicamentos está constantemente presente na rotina das Clinicas da Familia, relacionado, inclusive, ao uso prolongado (superior a 6 meses), demandam um acompanhamento regular e através de consultas médicas observa-se, contudo, que os pacientes preocupam-se somente com a obtenção da receita médica, desvalorizando a consulta e as orientações médicas e, assim, reduzem a função da Clinica da Familia à somente mantenedora do medicamento

(MENDES, 2011).

POLITICAS PUBLICAS EXISTENTES SOBRE O PROBLEMA.

A Política Nacional de Medicamentos como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Esta política vai de encontro a potencialização do uso racional de medicamentos, tem como proposta reduzir o grande volume de utilização inadequada de medicamentos, que tem representado um problema de saúde pública (BONOMO, 2015) Desta maneira, considerando a repercussão na saúde dos pacientes que fazem uso indiscriminado de benzodiazepínicos, e tendo em conta o aumento da demanda pelos serviços médicos, e alta prevalência desta situação na comunidade, definiu-se como problema de intervenção, construir um plano de ação visando melhorar o acolhimento dos pacientes de saúde mental, contribuindo também para a redução do uso dessa medicação.

4 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, estudo descritivo, transversal e retrospectivo, utilizando dados secundários extraídos de um levantamento realizado pela Equipe de Saúde da Família do Rio de Janeiro, que se baseou em seu trabalho diário com a população, acerca do uso de benzodiazepínicos referente ao ano 2019.

Para seleção da população em estudo foi realizada a avaliação do total das notificações de receitas de benzodiazepínicos originadas na Clínica da Família na Equipe Itapoã através do qual foram verificados a idade, o sexo, quais os medicamentos utilizados e o tempo de uso, assim como seus diagnósticos. Para avaliar o uso prolongado e contínuo, utilizou-se estimativa de seis meses. Os dados foram compilados pela equipe no período de maio a novembro de 2019. Foram utilizados os dias das consultas e visitas domiciliares para a avaliação dos pacientes e conscientização da importância da consulta periódica presenciais além de realizar o monitoramento das receitas controladas, avaliação e supervisão dos efeitos adversos e da resposta terapêutica.

Os usuários de benzodiazepínicos foram convidados para reuniões semanais na Unidade de Saúde, para descrição do objetivo e a importância do projeto de intervenção, nestas reuniões um novo tema foi abordado, tendo como principal queixa a insônia, onde referiram ser o principal motivo do uso da medicação. O desenvolvimento do Plano de Intervenção foi elaborado em conjunto com o Psicólogo do NASF. Este projeto se desenvolveu com a realização de atividades básicas como: controle de pacientes em uso de benzodiazepínicos, assim como seguimento clínico, escuta individualizada, atividades realizadas em grupos, palestras, terapia e aconselhamento familiar, mudanças comportamental relacionadas ao sono, alimentação, e praticas de atividade física, esclarecimentos em relação aos anexos das receitas dos benzodiazepínicos, alertando efeitos adversos desses medicamentos, orientação aos pacientes durante a renovação de receitas sobre a melhor estratégia e prazos para interromper seu uso.

Este trabalho visou elaborar uma proposta, em conjunto com a equipe da Clínica da Família Carioca, na tentativa de buscar ampliação no acolhimento para os pacientes de saúde mental conscientizando-os para a prevenção do abuso e a dependência de BZDs, viabilizando o desmame e suspensão do uso. Considerando que a promoção e prevenção saúde são fundamentais no processo de conscientização, e que a informação sobre os riscos e os benefícios do uso de BZDs através de ações educativas podem influenciar no combate ao uso abusivo e indevido justificado pelo estilo de vida atual, o local onde vivem, em geral territórios muito violentos, desencadeando nessas comunidades situações de intenso estresse, o aumento na síntese e comercialização de novas drogas, pela influência exercida por parte das indústrias farmacêuticas e até pela prescrição inadequada realizada pelos médicos.

5 Resultados Esperados

Percebeu-se que os motivos mais recorrentes para o uso da medicação eram insônia e ansiedade. Na maioria dos casos, a insônia poderia ser em decorrência de maus hábitos de vida e mal hábito de sono. Percebeu-se ainda que algumas medidas simples poderiam solucionar o problema da maioria dos pacientes sem que eles recorressem à medicação, por exemplo, determinar um horário para deitar; preparar o ambiente para dormir; limitar a ingestão de estimulantes do sistema nervoso após as 18h (chá verde, chá preto, chá mate, café, álcool); limitar o tamanho das porções de alimentos na última refeição noturna; tomar banho morno e ouvir música relaxante. Quanto à questão da ansiedade, a Unidade de Saúde objeto desta intervenção não fugiu à regra do cenário atual: medicalização pelo sofrimento e dificuldade em lidar com situações de vida cotidianas. Nesse caso, percebeu-se que foi fundamental buscar ajuda psicossocial, incentivar a praticar atividade física e ensinar técnicas de relaxamento, estímulo à hábitos alimentares saudáveis, e incentivo à períodos de lazer com amigos e familiares. Por fim, espera-se que haja uma diminuição das quedas em idosos e quadros de confusão mental causada pelo uso de benzodiazepínicos, além de diminuir os gastos das famílias e da sociedade com o consumo dessas substâncias.

Referências

- ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no brasil: Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no brasil. In: MELO, M. F. (Ed.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 85–100. Citado na página 18.
- BONOMO, D. F. B. R. Uso indiscriminado de benzodiazepínicos na cidade de cariaca. Rio de Janeiro, n. 8, 2015. Curso de Curso de ESPECIALIZAÇÃO EM SAUDE DA FAMILIA, Departamento de Departamento de ATENÇÃO BASICA,, UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Cap. 1. Citado na página 23.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado na página 20.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório final do seminário nacional para a reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Citado na página 21.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 20.
- CARVALHO, A. L.; COSTA, M. R.; FAGUNDES, H. Uso racional de psicofármacos. *Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro*, v. 1, p. 4–7, 2006. Citado na página 22.
- DE, S. A. R. L.; SÁTIRO, O. E.; REGINA, N. A. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 18, p. 1131–1140, 2013. Citado na página 22.
- DELGADO, P. G. Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos Ipub*, p. 9–19, 1997. Citado na página 18.
- MATTIONI, L. T. et al. Prevalência no uso de benzodiazepínicos por uma população assistida por programa de saúde da família. *Revista contexto e saúde*, v. 5, p. 20–26, 2005. Citado na página 22.
- MENDES, K. C. O uso prolongado de benzodiazepínicos. uma revisao da literatura. Minas Gerais, n. 2, 2011. Curso de Curso de ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BASICA, Departamento de Departamento de ATENÇÃO BASICA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Cap. 2. Citado na página 22.
- OMS, O. M. D. S. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança: Relatório sobre a saúde no mundo*. Genebra: OMS, 2001. Citado na página 17.
- RIBEIRO, L. M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 2, p. 376–382, 2010. Citado na página 22.
- UMEZAKI, Q. M.; OSVALDO, F.; LEIRA, P. L. R. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do sus em ribeirão preto-sp. *Journal of Basic and Applied Pharmaceutical Sciences*, v. 33, n. 1, p. 77–81, 2012. Citado na página 21.

YATES, T. K.; CATRIL, P. M. Tendências no uso de benzodiazepínicos em farmácia privada. *Revista Chilena e Neuropsiquiatria*, v. 47, p. 9–13, 2009. Citado na página [21](#).