



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Otávio Marhofer Dutra

Discutindo o sofrimento mental com a comunidade: um  
projeto de intervenção para redução do uso de  
benzodiazepínicos

Florianópolis, Março de 2016



Otávio Marhofer Dutra

Discutindo o sofrimento mental com a comunidade: um projeto de  
intervenção para redução do uso de benzodiazepínicos

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

Orientador: Sabrina Blasius Faust  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Otávio Marhofer Dutra

Discutindo o sofrimento mental com a comunidade: um projeto de intervenção para redução do uso de benzodiazepínicos

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.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Sabrina Blasius Faust**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

Este trabalho realiza uma revisão bibliográfica e reflexões sobre a determinação social do processo saúde-doença dos transtornos psíquicos, sobre a história e os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, uma caracterização sobre a realidade de saúde da comunidade de Nova Brasília em Imbituba-SC, e uma proposta de intervenção com objetivo principal de reduzir o uso de psicofármacos, em especial dos benzodiazepínicos. O plano de intervenção prevê a educação continuada da equipe de saúde da família da UBS Nova Brasília com temas relacionados à saúde mental e a determinação social do processo saúde-doença, a criação de grupos multidisciplinares e intersetoriais em saúde mental e a construção de um horto de plantas medicinais na comunidade. Tal projeto visa contribuir na transformação da perspectiva de medicalização excessiva do sofrimento mental e na busca de alternativas viáveis e coletivas para resolução desses problemas na comunidade de Nova Brasília.

**Palavras-chave:** Determinação Social, Benzodiazepínicos, Plantas Medicinais





# Sumário

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1   | <b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .            | 9  |
| 2   | <b>OBJETIVOS</b> . . . . .             | 13 |
| 2.1 | <b>Objetivo Geral</b> . . . . .        | 13 |
| 2.2 | <b>Objetivos Específicos</b> . . . . . | 13 |
| 3   | <b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . . | 15 |
| 4   | <b>METODOLOGIA</b> . . . . .           | 25 |
| 5   | <b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .  | 27 |
|     | <b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .           | 29 |



# 1 Introdução

A Comunidade de Nova Brasília, no município de Imbituba-SC, tem origem na década de 70, com o projeto de loteamento de uma fazenda às margens da BR-101. O proprietário da fazenda objetivava um rápido crescimento do novo bairro e deu incentivos para o estabelecimento de empresas, assim como disponibilizou terrenos para a construção da praça, da igreja e do centro comunitário. Em razão do rápido desenvolvimento, em comparação com os padrões do município, o bairro recebeu esse nome - Nova Brasília.

Em Nova Brasília vivem cerca de 8.400 pessoas. O bairro não possui zona rural, possui uma escola estadual com ensino fundamental e médio e duas creches, sendo uma municipal e outra particular. O território está dividido entre duas equipes de ESF, sendo apenas uma com equipe de saúde bucal. O CAPS, o CRAS e o NASF não se localizam no bairro, mas cobrem as duas equipes de ESF. Existe apenas uma praça pública, um ginásio poliesportivo e um espaço com equipamentos para exercício físico, incluindo os de baixo impacto. No bairro existem quatro igrejas, sendo uma católica e as outras três evangélicas. A igreja católica possui um salão para festas. Existe no bairro uma associação de moradores, mas que exerce pouca influência na organização da comunidade, e uma estação de rádio comunitária. A igreja Assembléia de Deus possui um centro de reabilitação para dependentes químicos.

É um bairro de trabalhadores do setor comercial e industrial do município, onde se localizam empresas de médio e grande porte, como a Votorantim, uma indústria de Cal, uma mineradora e a malharia Ferju, assim como inúmeros pequenos negócios. A renda per capita é de cerca de R\$ 700,00.

Existem áreas de risco ambiental, principalmente em decorrência da atividade mineradora e da poluição atmosférica causada pelas grandes empresas do bairro, e de risco social, com a existência de tráfico de drogas e todos seus impactos na vida comunitária. Existe uma significativa população usuária e dependente de drogas legais e ilegais. As condições de moradia são bastante desiguais, sendo que existe um bolsão de pobreza importante em que as casas são precárias e com grande aglomeração de residentes. Existe água tratada em todo território e não existe tratamento ao esgoto, sendo parte depositado em fossas, parte jogada na rede pluvial. Entre os maiores de 15 anos no bairro 14% tem o primeiro ciclo do nível fundamental e 46% o segundo ciclo completo; 16% não receberam instrução formal; 19% tem o nível médio completo e 5% possuem superior completo.

A Equipe de Saúde de Família que atua na UBS Nova Brasília trabalha num território com 2956 habitantes, sendo 1605 do sexo masculino e 1351 do sexo feminino. Os menores de 20 anos somam 788 pessoas e os maiores de 60 anos são em número de 497. No ano de 2014 a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica era de 12 para cada 100 habitantes e de Diabete Mellitus era de 4 para cada 100 habitantes. Ainda não se realiza

uma atenção específica para pacientes com HAS e Diabetes na equipe de ESF, e o controle existe apenas pelas consultas, agendadas ou espontâneas. No entanto estamos planejando ações que possam qualificar a atenção em saúde a esse grupo, através de atividades de promoção de saúde e prevenção de complicações, assim como um cuidado mais sistemático no controle dessas doenças.

As queixas mais comuns de atendimento em 2014 foram: infecções das vias aéreas superiores, descompensação da pressão arterial sistêmica, diarreia, dores nas articulações, transtornos da mente e descompensação da diabetes mellitus.

Os problemas relacionados ao sistema Osteomioarticular são importantes causas de consulta, mas não existem suficientes equipamentos e espaços para a realização de atividades corporais, dificuldades para uma boa reabilitação e acompanhamento fisioterápico. A inexistência de redes de serviço em medicina tradicional chinesa - como a acupuntura também limita as opções de atendimento e tratamento. No entanto, estamos planejando ações para criação de grupos de ginástica e atividade corporal.

Outro problema freqüente está relacionados com o sofrimento mental e os transtornos psiquiátricos, em que a rede é insuficiente para cobrir a demanda, principalmente no que diz respeito as terapias psicológicas e tem como conseqüência o excesso de medicalização, com cerca de 6% da população utilizando algum tipo de psicofármaco.

O Sedentarismo é muito prevalente em todas as faixas etárias da comunidade, incluindo crianças e adolescentes. Identificamos como causas: a ausência de hábitos de atividades corporais, insuficientes espaços públicos para práticas esportivas, pouca participação comunitária relacionada à atividade laboral e o pouco tempo para cuidado do corpo e lazer. O sedentarismo pode levar ao aumento de doenças do sistema cardiovascular, diabetes, obesidade, doenças osteomioarticulares e transtornos relacionados ao sofrimento psíquico.

Para priorizar os problemas elencados foram utilizados critérios relacionados com a relevância, incidência/prevalência e atualidade do problema na comunidade, o impacto na saúde coletiva que geraria sua resolução, os recursos humanos e materiais disponíveis para realizar ações e a possibilidade de efetivamente reverter (em algum grau) os problemas.

Dessa forma elencamos o uso exagerado de ansiolíticos benzodiazepínicos e o sedentarismo como problemas prioritários para nossa atuação, já que são atuais, de controle total e estruturados. Podemos destacar que as ações de combate ao problema depende de recursos humanos e materiais já disponíveis na unidade de saúde e na comunidade.

O uso abusivo de ansiolíticos benzodiazepínicos é diagnosticado em grande número de adultos, principalmente a partir dos 40 anos de idade, tornando-se alerta para os profissionais de saúde pela relevância que a dependência dessas drogas causa na vida dos pacientes.

Durante observação com alguns pacientes identificamos como causas:

- profissionais da saúde na UBS com pouco preparo para atuar em saúde mental na comunidade, o que leva a exagerada prescrição de psicofármacos;

- alta rotatividade dos médicos na UBS;
- poucos instrumentos terapêuticos não-farmacológicos para atuação no sofrimento psíquico;
- pouco tempo livre e de lazer dos trabalhadores da região; dificuldade de organização do tempo;
- problemas econômicos e sociais importantes.

Sendo assim, o presente trabalho busca fazer uma revisão bibliográfica e reflexões sobre a relação entre sofrimento psíquico e determinação social do processo saúde-doença, sobre a história da reforma psiquiátrica brasileira e propor um plano de intervenção na comunidade de Nova Brasília centrado na formação da equipe em temas relacionados à saúde mental e a determinação social do processo saúde-doença, a criação de grupos em saúde mental multidisciplinares e intersetoriais e a construção de um horto de plantas medicinais na UBS, com intuito de contribuir para a redução do uso de ansiolíticos benzodiazepínicos e um uso mais racional e consciente dos psicofármacos pela população.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Sensibilizar a comunidade para o uso racional de medicamentos, principalmente para o uso de benzodiazepínicos.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Organizar momentos de discussão com a equipe de saúde a fim de aprimorar a formação em saúde mental da ESF.
- Propor grupos terapêuticos para a comunidade com atividades e informações sobre os cuidados com a mente.
- Construir um horto de plantas medicinais e ampliar o uso de fitoterápicos na comunidade.





## 3 Revisão da Literatura

### 1.Contextualização socioeconômica brasileira e a determinação social do processo saúde-doença

Como projeto de intervenção na comunidade de Nova Brasília de Imbituba-SC o tema escolhido foi a grande prevalência de transtornos relacionados à esfera psíquica, especialmente o abuso de ansiolíticos benzodiazepínicos. A motivação da abordagem desse problema, para além de sua importante prevalência, surge principalmente pela constatação do uso indiscriminado e incorreto de ansiolíticos por uma importante parcela da população, sem o devido acompanhamento médico e a ausência quase total de outras terapias indispensáveis para o cuidado dos transtornos ligados à esfera psíquica e/ou o sofrimento mental.

Para adentrar no terreno da saúde mental, entendemos como imprescindível uma abordagem mais geral sobre o tema, contextualizando brevemente a determinação social que, na realidade brasileira, tem ligação direta com o tema, e um olhar histórico sobre o movimento da reforma sanitária e uma descrição do panorama atual do uso de ansiolíticos no Brasil e na realidade local, seja no município de Imbituba, seja no bairro de Nova Brasília.

A conceitualização inicial sobre o processo saúde-doença na abordagem a determinação social nos remete às definições da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, em que a saúde passa a ser compreendida não somente como a ausência de doença, mas como o direito a condições de vida que permita ao sujeito seu desenvolvimento pleno e o bom viver. Dessa forma, como expressado nos anais da 8<sup>a</sup> conferência, “em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” ([ANAIS DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 1986](#)).

Portanto é importante uma breve leitura sobre a realidade socioeconômica do Brasil, condição necessária para a compreensão das origens dos problemas ligados ao sofrimento psíquico, cada vez mais freqüentes e presentes no cotidiano das comunidades populares. A concepção da determinação social do processo saúde-doença leva em consideração que o tipo de vida, o tipo de desgaste de energia, de possibilidades de desfrute dos bens produzidos, os bens materiais disponíveis, dependem do grau de desenvolvimento adquirido pelas forças produtivas da sociedade em que vive. Ou seja, tudo na vida em sociedade, tudo na vida humana, é determinado pelo grau de desenvolvimento alcançado pela sociedade, é determinado socialmente. “Mas o fato de ser determinado socialmente não inclui apenas a questão do grau de desenvolvimento das forças produtivas, também depende das relações de produção, ou seja, de como estão organizadas na sociedade não somente as relações

dos homens com a natureza, mas dos homens entre si” (ALBUQUERQUE, 2009).

Em uma sociedade de classes, as relações que se estabelecem entre as classes determinam diferentes possibilidades e restrições ao desenvolvimento da vida e, conseqüentemente, diferentes formas ou possibilidades de viver, adoecer e morrer. Nessas sociedades, uma classe detém a propriedade dos meios de produção e outra classe detém apenas sua força de trabalho. A classe que não possui meios de produção próprios e, portanto, precisa vender sua força de trabalho para sobreviver, terá maior ou menor desgaste no trabalho e maior ou menor possibilidade de acesso aos produtos da produção social, na dependência da forma como se insere na produção e no consumo.

Se entendermos que saúde significa estar vivo e em condição de nos objetivarmos como humanos, realizarmos em cada um de nós o que a humanidade já estabeleceu como possibilidade, torna-se muito claro que essa objetivação depende da possibilidade de apropriação daquilo que a humanidade produziu. O que estamos querendo dizer é que a saúde, a possibilidade de viver por todo o tempo e na qualidade que caracteriza o gênero humano, depende do acesso ao produto da civilização e esse acesso se dá para cada grupo, de diferentes formas, na dependência de como se organiza a vida em cada sociedade (ALBUQUERQUE, 2009).

Essa é a essência da idéia da determinação social da saúde e da doença: a forma como se organiza produção da vida em sociedade determina diferentes formas de viver, adoecer e morrer, para os diferentes grupos sociais.

Sendo assim, em se tratando da classe trabalhadora, as condições de vida determinam a forma de adoecer: péssimas moradias, escasso direito ao espaço urbano público e a falta de propriedade do teto; distanciamento do acesso à terra e a produção de alimentos limpos, menor autonomia para a subsistência e soberania alimentar; o gravíssimo estado do transporte público – a cada dia mais caro e desgastante; o pouco tempo livre a acesso à serviços e práticas lúdicas, artísticas e criadoras; as péssimas condições de acesso aos serviços de saúde e a privatização do cuidado; difícil acesso a uma instrução qualificada e ao pleno desenvolvimento intelectual; insuficientes espaços para as práticas corporais e desportivas, ausência de uma política de educação física emancipadora. Somam-se a isso as novas condições de exploração do trabalho, que se impõem tanto pela violência quanto pelo convencimento, obrigam às mais abjetas sujeições em troca da subsistência do trabalhador, a começar pela ameaça permanente do desemprego: a requalificação dos trabalhadores, que devem interiorizar a necessidade de uma autoempregabilidade; a instauração de formas de “parceria” ocultando relações de exploração, por meio de cooperativas, contratos temporários, formas de “voluntariado”, etc.

Nesse contexto o sofrimento mental se agudiza. A essência humana do desenvolvimento pleno de suas capacidades intelectuais, artísticas, corporais e espirituais – necessariamente um projeto coletivo - se transforma em um lógica de competição e individualismo, privilégios, consumo de mercadorias e expropriação privada do tempo de vida da maioria por uma minoria. Os padrões da sociedade de consumo condicionam a vida das maiorias, uma

lógica que traz sofrimento e inibição da diversidade humana, principalmente aos setores mais fragilizados e oprimidos como idosos, mulheres, LGBT's, povos negros e indígenas, etc. Em síntese, as relações sociais de produção do modo de produção capitalista são terreno fértil para o desenvolvimento do sofrimento psíquico, porque afastam o ser humano e a maioria explorada de condições de vida que nos aproximem da essência, livre e coletiva.

## **2.O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental e o papel da atenção primária**

A loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições, mas a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XVIII. A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se “o diferente”, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade.

Ao fazer uma análise histórica sobre o conceito da loucura fundamentada em “História da Loucura na Idade Clássica”, de Michel Foucault, diz que:

A doença mental, objeto construído há duzentos anos, implicava o pressuposto de erro da Razão. Assim, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania. E se não era livre não poderia ser cidadão. Ao asilo alienista era devotada a tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a razão, portanto, a liberdade.” (AMARANTE, 1995).

Ainda sobre a caracterização histórica da loucura no contexto da Revolução Francesa afirma que: “o alienismo veio sugerir uma possível solução para a condição civil e política dos alienados que não poderiam gozar igualmente dos direitos de cidadania mas que, também, para não contradizer aqueles mesmos lemas, não poderiam ser simplesmente excluídos. O asilo tornou-se então o espaço da cura da Razão e da Liberdade, da condição precípua do alienado tornar-se sujeito de direito” (AMARANTE, 1995). A repercussão que teve a Revolução Francesa fez com que o asilo psiquiátrico tornara-se o imperativo para todos aqueles considerados loucos, despossuídos da razão, delirantes, alucinados ou rebeldes. Dessa forma, analisa que o asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades (AMARANTE, 1995).

No contexto brasileiro, em 1978, surge, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que virá a tornar-se o ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental. Vale ressaltar que é o momento político nacional em que as lutas por liberdades democráticas e direitos civis se intensificam no rumo da luta contra a ditadura militar. Esse movimento não vem descolado do movimento da reforma sanitária, mas o integra e amplia seu campo de reflexão, mobilização e ação. O MTSM, num primeiro momento, organiza um teclado de críticas ao modelo psiquiátrico clássico,

constatando-as na prática das instituições psiquiátricas, onde a violência, o descaso, o maltrato e a retirada da autonomia dos sujeitos eram práticas frequentes. As barbaridades contra a vida e os direitos humanos do manicômio de Barbacema-MG, assim de tantas outras instituições-prisões, foram combustível para a luta por reforma psiquiátrica profunda.

Procurando entender a função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico, o MTSM constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização. “O movimento amplia-se no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente técnico-científica, tornando-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental. O lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica” (TENÓRIO, 2002).

A literatura destaca que:

“o MTSM faz um contraponto ao modelo psiquiátrico clássico, que favorece ainda a perspectiva do profissional “liberal”, que reduz a atitude terapêutica a sessões individuais, à psicoterapias, à administração de fármacos e a ocupar-se do doente em sua experiência-sofrimento. Esse movimento amplia o debate de saúde mental não apenas objetivando o fechamento de hospícios (ou eufemisticamente chamados de hospitais psiquiátricos), e muito menos a uma lógica de abandonar as pessoas em suas famílias ou nas ruas; não se baliza na lógica de fechar leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado”(AMARANTE, 1996).

Dessa forma o MTSM se pauta por uma lógica de desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução do paradigma anterior. “Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata”. Para este teórico e militante do movimento da reforma sanitária, a “desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”(AMARANTE, 1995).

A questão crucial da desinstitucionalização é uma “progressiva ‘devolução à comunidade’ da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos”. Exige que, de

fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade. No entanto, como afirma o MTSM, O termo desinstitucionalização não pode ser compreendido como desospitalização ou desassistência. Para Amarante, a saúde mental é “uma questão de base ética, sendo que o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social” (AMARANTE, 1995).

A Reforma Psiquiátrica brasileira se traduz na legislação brasileira com um conjunto de leis e resoluções, destacando-se:

- Lei n. 9.867 de 1999, “que permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários”;
- Lei n. 10.216 de 2001, “que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”;
- Lei n. 10.708 de 2003, “instituinte o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de internações, conhecida como “Lei do Programa de Volta para a Casa”, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio-reabilitação psicossocial e inclusão em programas extrahospitalares de atenção em saúde mental” (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

Essas leis serviram de base para o processo de desinstitucionalização no campo da saúde mental no país. No entanto, o que se espera da reforma psiquiátrica e suas consequências não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte; espera-se a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade. Dessa forma, a atenção primária joga um papel essencial no cuidado, acompanhamento e integração das pessoas qualquer forma de sofrimento psíquico, servindo como porta de entrada, coordenando o trabalho com os CAPS, NASF e demais organizações da sociedade civil, no sentido de criar uma verdadeira rede de atenção psicossocial. Tal paradigma deve ser colocado em prática através de um trabalho em equipe, multidisciplinar e horizontal, e articulando diversos setores dentro da compreensão do modelo de determinação social do processo saúde-doença, buscando enfatizar uma atuação que enfoque nos determinantes sociais do sofrimento mental, assim como nas principais premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira.

### **3.O uso indiscriminado de benzodiazepínicos**

Os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais consumidas em todo o mundo. Eles ativam o sistema Gaba, que é um sistema inibitório da função neuronal, e dessa forma

produzem os efeitos sedativos, relaxantes musculares e mesmo anticonvulsivantes. Sua efetividade como ansiolíticos e, principalmente, sua menor toxicidade e risco de morte fizeram com que, desde 1961, substituíssem praticamente todos os métodos anteriormente utilizados para a terapêutica da ansiedade e transtornos do sono, principalmente os barbitúricos. Ao lado disso, porém, se iniciou uma irresponsabilidade generalizada na sua prescrição, como se essas substâncias não fossem medicamentos e não tivessem efeitos adversos. Hoje, ainda que sejam medicamentos que exigem receita médica controlada, a situação ainda é grave.

No Brasil, a proliferação de transtornos ligados a ansiedade e alterações do sono disseminaram a prescrição e o uso de medicamentos ansiolíticos dessa classe, por vezes com diagnósticos precipitados, sem reavaliações permanentes ou ignorando outras abordagens possíveis para esses problemas. Habitualmente as determinantes sociais do sofrimento psíquico são ignoradas ou menosprezadas, sendo que a prescrição de ansiolíticos desse tipo pode funcionar como um escape para a impotência dos profissionais diante das queixas e sintomas subjetivos dos usuários. O trabalho multidisciplinar e intersetorial da abordagem terapêutica também é substituído, em diversas realidades do sistema de saúde brasileiro, pela medicalização precoce, excessiva, sem acompanhamento e por longo período de tempo. O Brasil está no topo do ranking dos países que mais consomem benzodiazepínicos. É uma realidade que gera grande preocupação e tem como consequência a medicalização de problemas pessoais, sociofamiliares e profissionais, para os quais o usuário não encontra soluções e busca nos comprimidos "mágicos" a resolução dos seus males (BRASIL, 2013).

O uso continuado de benzodiazepínicos provoca fenômenos de tolerância e dependência, com a necessidade de doses cada vez maiores para manutenção dos efeitos terapêuticos e recaída de sintomas de insônia e ansiedade quando existe a suspensão abrupta do uso (DUNCAN et al., 2013). Outros efeitos comuns - referidos em diversos tratados de farmacologia - são os déficits cognitivos, como perda de atenção, dificuldades fixação, memória e aprendizagem, que progridem de acordo com o tempo de utilização do medicamento. No entanto não significa que não tenha utilidade em algumas situações, principalmente àquelas desencadeadas por situações de estresse. Pode ser uma ferramenta útil e segura na indução do sono nessas situações, desde que sempre se utilize com um prazo limite e um plano de redução gradual em, no máximo, poucas semanas.

Na cidade de Imbituba-SC e, especificamente, na comunidade de nova Brasília, a realidade não foge a essa constatação geral. O uso incorreto e indiscriminado de ansiolíticos benzodiazepínicos é um dos problemas mais graves e recorrentes no sistema de saúde local, tendo sido considerado pela equipe da ESF Nova Brasília como um problema prioritário. Somam-se 123 usuários de benzodiazepínicos num universo de 2956 pessoas, cerca de 4% dos usuários, sendo a quase totalidade usuários crônicos por mais de 6 meses, alguns chegando há mais de 30 anos de utilização diária de benzodiazepínicos, com receitas renovadas periodicamente sem uma adequada avaliação clínica. Além disso, é notória

---

a ausência (ou insuficiência) de alternativas terapêuticas para o cuidado do sofrimento mental pela rede pública de saúde, como a medicina tradicional chinesa, a homeopatia, a fitoterapia e a antroposofia, além dos grupos terapêuticos em saúde mental.

Para reduzir a utilização de benzodiazepínicos, em específico, e dos psicofármacos, em geral, necessitamos criar uma abordagem multidisciplinar e intersetorial, que, em primeiro lugar, possibilite uma compreensão mais ampla e baseada no modelo de determinação social sobre o processo de sofrimento mental, o que exige uma educação continuada e profunda sobre o tema. Além do mais, é necessário criar um plano de utilização de terapêuticas não alopáticas, que possibilitem uma atuação mais efetiva e resolutiva em torno do uso abusivo dos psicofármacos na cidade de Imbituba-SC, especialmente no território adstrito para o trabalho da ESF Nova Brasília.

#### **4. Proposta de intervenção**

Não existe vento favorável para quem não sabe a que porto se dirige  
(SÊNECA, 2016).

Esta citação de Sêneca, filósofo romano do século I, ilustra o necessário enlace entre teoria e prática: para transformar uma realidade é imprescindível saber para onde se deseja ir e conhecer profundamente aquilo que se busca transformar. Em se tratando da realidade da ESF Nova Brasília, é fundamental criar um processo de estudo e reflexão entre a equipe e desta com a comunidade, construindo um olhar crítico e autocrítico capaz de dar foco e instrumentos para a transformação da realidade, assim como impulsionar o processo de mobilização e participação ativa da população para a resolução dos problemas coletivos.

Dessa forma, iniciar um processo de formação em saúde mental para a equipe de saúde da família é um desafio a ser superado. Os obstáculos estruturais exigem que as soluções aos impasses sejam buscadas com os recursos materiais e humanos disponíveis. Sendo assim, entre a própria equipe, em parceria com o NASF e o CAPS, faz-se necessário construir um projeto de formação em saúde mental, que leve em conta a determinação social do sofrimento psíquico, uma perspectiva crítica sobre história da saúde mental no Brasil e os princípios e fundamentos da reforma psiquiátrica. Nesse caminho de formação crítica, alternativas criativas para os problemas concretos seguramente surgirão. Para tanto, a formação em saúde mental deve possuir uma metodologia que permita uma participação ativa de todos os envolvidos e um intercâmbio fluído de idéias e experiências, sendo o método da educação popular, de Paulo Freire, uma alternativa viável e interessante.

Assim, a teoria deixa de ser elemento estático para transformar-se em instrumento de transformação. Uma equipe motivada, consciente do caminho que percorre e preparada para enfrentar os desafios do trabalho só pode ser conquistada com uma densa formação. Apenas dessa forma a ESF pode estabelecer uma relação de confiança e troca com a comunidade, podendo impulsionar sua capacidade de organização para atuar sobre os problemas coletivos, aportando metodologia e conhecimentos para melhorar a vida da comunidade. Saúde mental não é um fim em si mesma, mas um objetivo que se conquista



no caminhar de práticas mais coletivas e transformadoras da realidade de sofrimento em que grande parte da população está submetida.

Com mais conteúdo e conhecimento sobre a temática da saúde mental, é possível a criação de grupos terapêuticos com as pessoas em sofrimento psíquico, seja por transtornos de humor, ansiedade ou psicóticos - para fazer referência as classificações da psiquiatria clássica - justamente por entender que os limites entre eles são tênues e permeados de questões comuns. Os grupos podem trabalhar desde a socialização de conflitos e experiências até realizar atividade lúdicas, criadoras, interativas e corporais, sendo a multidisciplinaridade condição necessária para o êxito do trabalho, envolvendo tanto profissionais da saúde - psicologia, fisioterapia, educação física - como profissionais de outras áreas, como a artes, teatro, yoga ou mesmo pessoas da comunidade que se proponham a contribuir com atividades desse tipo.

Os grupos terapêuticos para incentivar a participação ativa da comunidade na sua construção, devem orientar-se nos princípios da educação popular, sendo as tarefas dos profissionais de saúde restritas a estimular o debate, instigar as reflexões e mediar a metodologia. Para isso, a participação da pedagoga do NASF e de outros setores, como da biblioteca municipal de Imbituba, pode tornar o trabalho ainda mais incisivo na transformação da realidade de sofrimento mental e dependência dos psicofármacos.

Outro aspecto importante do plano de redução de psicofármacos, em especial dos benzodiazepínicos, é a utilização de terapêuticas não alopáticas, tradicionais ou orientais, para permitir e facilitar a transição da dependência química dos ansiolíticos. Entre elas destaca-se a fitoterapia, seja por seu grande potencial em contribuir para um processo de desmedicalização, seja por sua capacidade de construir mais autonomia popular nos cuidados de sua saúde e associar os conhecimentos vernaculares das comunidades ao conhecimento científico.

Até a primeira metade do século XX, o Brasil era essencialmente rural e usava amplamente a flora medicinal, tanto nativa quanto introduzida. Hoje, a medicina popular do país é reflexo das uniões étnicas entre os diferentes imigrantes e os inúmeros povos autóctones que difundiram o conhecimento das ervas locais e de seus usos, transmitidos e aprimorados de geração em geração (LORENZI; MATOS, 2002).

“O uso de fitoterápicos com finalidade profilática, curativa, paliativa ou com fins de diagnóstico passou a ser oficialmente reconhecido pela OMS em 1978, quando recomendou a difusão mundial dos conhecimentos necessários para o seu uso” (BRASIL, 2006). A prática da medicina fitoterápica é realizada por inúmeros povos do mundo, como alternativa importante para a resolução de seus problemas de saúde e integração com o meio natural. “É sabido que 80% da população mundial dependem das práticas tradicionais no que se refere à atenção primária à saúde, e 85% dessa parcela utiliza plantas ou preparações a base de vegetais. Ressalte-se aí que 67% das espécies vegetais medicinais do mundo são originadas dos países em desenvolvimento (ALONSO, 1998).



Dessa forma, com objetivo de resgatar o conhecimento popular e integrar práticas em saúde entre população e profissionais, a medicina fitoterápica tem papel central, permitindo práticas de autonomia e potencializando a organização das comunidades para a resolução dos seus próprios problemas de saúde. Essa perspectiva de intervenção pode tornar-se um importante instrumento para o “viver bem”, seja através do seu potencial preventivo, curativo ou paliativo, seja pela sua capacidade de quebrar o monopólio da terapêutica pela indústria farmacêutica.

A fitoterapia atua pela lógica da manutenção do equilíbrio, associando diversos princípios ativos em uma só planta, e não na lógica da alopatia, que buscando resgatar o equilíbrio de uma função orgânica, desequilibra e altera outros sistemas corporais. Em se tratando de saúde mental essa lógica para ter relevância ainda maior, já que encontramos um grande número de efeitos adversos, contraindicações e grande risco de provocar dependência nos usuários das drogas psicotrópicas.

Na Lista de Registro Simplificado de Fitoterápicos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, constam as seguintes plantas medicinais indicadas como ansiolíticas, sedativas e antidepressivas: Hipérico (*Hypericum perforatum* L.). - Estados depressivos leves a moderados, não endógenos; Melissa (*Melissa officinalis* L.) - distúrbios do sono, Maracujá/Passiflora (*Passiflora incarnata* L.) - Sedativo; Valeriana (*Valeriana officinalis*) - Insônia leve, sedativo, ansiolítico e Kava-kava (*Piper methysticum* Forst) - ansiedade, insônia, tensão nervosa e agitação (ANVISA, 2014).

Além dessas, outro estudo destaca que em *Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas* uma série de plantas com fins tranqüilizantes, ansiolíticos, indutores do sono e antidepressivos, como o alecrim, a erva cidreira, o capim cidreira, a camomila, o alface, a lavanda e a erva de São João, entre muitas outras. Essas plantas podem ser utilizadas tanto em estágios iniciais do sofrimento, como em associação com medicamentos alopatícos, afim de reduzir as doses, o tempo dos tratamentos e contribuir na retirada gradual dos psicofármacos que provocam dependência, como é o caso dos benzodiazepínicos (LORENZI; MATOS, 2002).

Assim, associando o trabalho multidisciplinar, intersetorial, a participação popular e integrando os conhecimentos científicos, críticos e históricos, as terapias tradicionais e orientais, os conhecimentos populares e os princípios de uma prática de trabalho coletivo e horizontal é possível contribuir para a transformação da realidade da comunidade Nova Brasília, onde o sofrimento psíquico é vivenciado por uma parte significativa dos moradores do território.



## 4 Metodologia

O plano de redução de psicofármacos, em especial dos benzodiazepínicos, será dividido em três eixos: a formação da equipe em temas relacionados à saúde mental e a determinação social do processo saúde-doença, a criação de grupos em saúde mental multidisciplinares e intersetoriais e a construção de um horto de plantas medicinais na UBS. Os eixos serão realizados simultaneamente, dentro de um cronograma de aproximadamente 6 meses.

O processo de formação em saúde de mental deve ser continuado dentro de uma equipe de saúde, envolvendo não apenas os profissionais de ESF mas também o NASF, o CAPS e outros serviços/instituições, como a universidade e a secretaria de saúde do município. No entanto, é importante estabelecer um plano de formação, com um cronograma estabelecido e eixos prioritários para o processo de educação. Para tanto trabalharemos os seguintes eixos: a determinação social do sofrimento psíquico, uma perspectiva crítica sobre história da saúde mental no Brasil e os princípios e fundamentos da reforma psiquiátrica. O processo de educação deve seguir os princípios da educação popular: relação horizontal entre educador e educando; intercâmbio de conhecimentos entre os diferentes profissionais; integração entre ciência e os conhecimentos populares; conhecimento como processo em movimento e não estático; relação indissociável entre teoria e prática. Como responsáveis por essa atividade estarão o médico da ESF, a enfermeira da ESF e a psicóloga do NASF, sempre envolvendo mais uma profissional, entre as técnicas e agentes comunitárias, para o desenvolvimento de cada temática. Os encontros de formação devem ocorrer quinzenalmente, na própria UBS, tendo uma duração de 2h cada.

A construção de grupos terapêuticos em saúde mental tem como finalidade estabelecer uma relação de troca entre profissionais da saúde e pessoas em sofrimento psíquico, com intercâmbio de experiências e a realização de atividades coletivas. Para tanto, a integração entre os profissionais da ESF, NASF e CAPS é um passo fundamental, envolvendo uma gama de conhecimentos imprescindíveis para desenvolver ações integradas em saúde mental e que levem em conta não apenas o sofrimento psíquico do indivíduo, mas que compreendam o processo saúde-doença desde uma perspectiva da determinação social. A integração entre os conhecimentos e práticas dos profissionais de medicina da família, enfermagem, psiquiatria, psicologia, pedagogia, educação física, fisioterapia, nutrição, serviço social, ACS, técnicos em saúde, entre outros, é peça chave para o desenvolvimento de grupos terapêuticos mais amplos e ativos, que busquem atuar nas raízes dos problemas relacionados ao sofrimento psíquico, associando as psicoterapias com as práticas corporais, espirituais, artísticas e de trabalho coletivo. Para tanto é preciso também envolver outros setores da sociedade, como os centros de yoga, a biblioteca municipal, a associação de moradores, igreja, entre outros. Como responsáveis pela coordenação dos grupos estarão a enfermeira

da ESF, o médico da ESF e um profissional do NASF, sendo as agentes comunitárias responsáveis pela divulgação na comunidade e a busca ativa de pessoas que se encaixem no perfil de dependência de psicofármacos e/ou sofrimento mental. As atividades de grupo ocorrerão semanalmente no Centro Comunitário de Nova Brasília, que permite, para além das rodas de conversa, a realização de atividades corporais e artísticas-culturais. Os grupos terão duração de cerca de 1h, sendo que a população poderá ser dividida em até 3 grupos de 10 pessoas cada, com a possibilidade de unificar os grupos em atividades específicas que o requeiram. Os temas e atividades a serem desenvolvidos serão definidos em reuniões mensais envolvendo o NASF, a ESF e outros setores e profissionais que virem a se incorporar no projeto.

Outras terapias não alopáticas também tem um papel importante no processo de redução do uso de benzodiazepínicos pela população da Nova Brasília. Entre elas, por seu uso popular já existente, por seu custo reduzido e pela facilidade da implantação, escolhemos a fitoterapia como terapia auxiliar nesse plano de intervenção. A construção de um horto de plantas medicinais na comunidade, além do potencial de integrar os conhecimentos populares e científicos e expandir o uso das plantas medicinais, pode gerar uma integração sólida entre equipe e população e uma participação popular intensa na construção do horto, potencializando a organização da comunidade e a apropriação por esta dos serviços de saúde. No projeto de construção do horto de plantas medicinais utilizaremos o próprio espaço aberto da UBS, composto orgânico da EPAGRI, materiais de jardinagem e de construção dos canteiros fornecidos pela secretaria de saúde e, sobretudo, mudas de plantas medicinais utilizadas no cotidiano pela população da Nova Brasília. Essas plantas, por seu uso já estabelecido, possibilitarão uma integração entre o conhecimento popular com o científico, permitindo mais autonomia da população no seu processo saúde-doença. O horto na UBS pode servir como porta de entrada para a construção de hortas comunitárias e a disseminação do uso correto das plantas com características medicinais. O apoio da associação de moradores, das igrejas e da escola é um elemento chave para a concretização dessa relação mais próxima entre ESF e população e para a participação ativa dos moradores na construção do horto. O papel das agentes comunitárias será essencial na divulgação do projeto e na coleta das plantas medicinais junto à comunidade.

Dessa forma, com um processo de formação da equipe mais profundo e embasado cientificamente, com a participação integradora das pessoas com sofrimento psíquico nos grupos multidisciplinares e com a construção de um horto de plantas medicinais na UBS daremos os primeiros passos na transformação da perspectiva de medicalização excessiva do sofrimento mental e na busca de alternativas viáveis e coletivas de resolução desses problemas tão presentes na comunidade de nova Brasília.

## 5 Resultados Esperados

Com o presente trabalho espera-se contribuir com a redução do uso de psicofármacos, especialmente os ansiolíticos benzodiazepínicos, na comunidade Nova Brasília, em Imbituba-SC. Para tanto se buscará intensificar a integração entre ESF, NASF e CAPS, com o foco em um trabalho multidisciplinar entre os profissionais da saúde, e envolver outros setores, como a biblioteca municipal, a escola, a igreja, grupos que realizam atividades corporais e espirituais. Espera-se também fortalecer a relação entre os membros da ESF Nova Brasília, partindo de projeto de intervenção onde o papel de cada profissional é imprescindível, horizontalizando o trabalho que ainda hoje tem uma perspectiva centralizada no profissional de medicina. Além do mais, ampliar e aprofundar a formação de todos os profissionais é uma meta essencial, que o plano de intervenção dá importância central.

No entanto, o resultado mais importante que espera-se com esse trabalho é a organização da comunidade e sua participação ativa nos rumos do seu processo coletivo de saúde-doença, buscando construir alternativas que contribuam com a resolução dos seus problemas de forma organizada e sempre na perspectiva do bem coletivo e, como consequência, melhorar a vida de cada indivíduo da comunidade. A construção do horto plantas medicinais não é mero detalhe nesse trabalho, mas um projeto prioritário, não somente pelo importante papel que a fitoterapia pode vir a ter na redução do uso de psicofármacos, mas pela capacidade integradora entre a comunidade e a ESF, mostrando que o trabalho coletivo e organizado pode transformar realidades.



## Referências

- ALBUQUERQUE, G. A. *A produção social do humano e a determinação da saúde e da doença*. Paraná: UFPR, 2009. Citado na página 16.
- ALONSO, R. J. *Tratado de fitomedicina: bases clínicas y farmacológicas*. Buenos Aires: ISIS, 1998. Citado na página 22.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública* 491-494, p. 491-494, 1995. Citado 3 vezes nas páginas 17, 18 e 19.
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. São Paulo: Fiocruz, 1996. Citado na página 18.
- ANAIS DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE. Ministério da saúde do brasil. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 1986. Citado na página 15.
- ANVISA, A. N. de V. S. *Lista de Registro Simplificado de Fitoterápicos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado na página 23.
- BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Rev. Latinoam. Psicopat.*, p. 21-27, 2008. Citado na página 19.
- BRASIL, M. da Saúde do. *A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 22.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 20.
- DUNCAN, B. B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2013. Citado na página 20.
- LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. *Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas*. Nova Odessa: Plantarum, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 22 e 23.
- SÊNECA. *Não existe vento favorável para quem não sabe a que porto se dirige*. 2016. Disponível em: <<http://kdfrases.com/frase/115556>>. Acesso em: 30 Jan. 2016. Citado na página 21.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e conceito. *História, Ciência e Saúde*, p. 25-59, 2002. Citado na página 18.