



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

**LIGIANE DA SILVA DE ARAÚJO**

**REDUÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM**  
**USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**CAPRICO DE MARIBONDO, ALAGOAS**

**MARIBONDO – ALAGOAS**

**2021**



**LIGIANE DA SILVA DE ARAÚJO**

**REDUÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM  
USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
CAPRICO DE MARIBONDO, ALAGOAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao  
Curso de Pós Graduação em Gestão do Cuidado da  
Saúde da Família, Escola de Enfermagem,  
Universidade Federal de Alagoas para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientadora: Tutora: Verônica de Medeiros Alves

**MARIBONDO – ALAGOAS**

**2021**



Catálogo na fonte Universidade Federal  
de Alagoas Biblioteca Central  
Divisão de Tratamento Técnico  
Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 –  
1767

A663r Araújo, Ligiane da Silva de.  
Redução do uso de benzodiazepínicos em usuários da Unidade Básica de Saúde da Família Capricho de Maribondo, Alagoas / Ligiane da Silva de Araújo. – 2021. 21 f.

Orientadora: Verônica de Medeiros Alves.  
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 20-21.

1. Saúde mental. 2. Atenção primária à saúde. 3. Benzodiazepínicos. 4. Ansiedade. 5. Distúrbios do início e da manutenção do sono. 6. Depressão. 7. Estilo de vida saudável. I. Título.

CDU: 614: 613.86

## Folha de Aprovação

**LIGIANE DA SILVA DE ARAÚJO**

**REDUÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM USUÁRIOS DA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CAPRICO DE MARIBONDO, ALAGOAS**

Projeto de Intervenção submetido ao corpo docente do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, e aprovado em 07 de ABRIL de 2021.



---

Profa. Dra. Verônica de Medeiros Alves

**Examinador/a:**



---

Profa. Dra. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

## **Resumo**

Este projeto de intervenção surgiu a partir do diagnóstico situacional da população adscrita a Unidade Básica de Saúde Capricho no município de Maribondo, onde se identificou um considerável número de usuários dependentes dos benzodiazepínicos há mais de uma década, onde alguns já não respondem a dosagem máxima diária e alguns não tratam suas queixas de base, com tratamentos alternativos, por exemplo, mas buscam apenas um controle mascarado da situação. Esses usuários são responsáveis por despertarem uma preocupação nos profissionais de saúde mental. Estima-se que o uso dessa classe de droga, atinge cerca de 80% da população de adultos e idosos em tratamento da Depressão, Insônia e Ansiedade. Por tratar-se de uma droga psicotrópica que gera dependência, surge uma situação de difícil manuseio clínico ao ser proposta a descontinuação do seu uso. A resistência da população ao desmame é grande fazendo se necessário a busca por alternativas que possibilitem o rompimento do uso abusivo de psicotrópicos. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para reduzir o uso de psicotrópicos pelos usuários residentes na área de cobertura da Unidade Básica de Saúde Capricho no município de Maribondo. Reconhece-se que o redirecionamento das atividades da atenção primária a saúde é imperioso para a adequação da prática em saúde mental, juntamente as atividades de orientações, acolhimento e mudança de aspecto de vida sedentária para uma vida saudável desses usuários.

**PALAVRA CHAVE:** Saúde mental, Atenção básica, Benzodiazepínicos, Ansiedade, Insônia, Depressão, Vida saudável.

## **Abstract**

This intervention project emerged from the situational diagnosis of the population enrolled in the Basic Health Unit Capricho in the municipality of Maribondo, where a considerable number of users dependent on benzodiazepines have been identified for over a decade, where some no longer respond to the maximum daily dosage and some do not address their basic complaints with alternative treatments, for example, but seek only masked control of the situation. These users are responsible for raising a concern among mental health professionals. It is estimated that the use of this class of drug, reaches about 80% of the population of adults and elderly people in treatment of Depression, Insomnia and Anxiety. As it is a psychotropic drug that generates dependence, a situation of difficult clinical handling arises when it is proposed to discontinue its use. The population's resistance to weaning is great, making it necessary to search for alternatives that make it possible to stop the abusive use of psychotropics. This work aims to develop an intervention plan to reduce the use of psychotropic drugs by users residing in the coverage area of the Basic Health Unit Capricho in the municipality of Maribondo. It is recognized that the redirection of primary health care activities is imperative for the adequacy of mental health practice, together with the activities of guidance, welcoming and changing the aspect of a sedentary life for a healthy life of these users.

**KEYWORD:** Mental health, Primary care, Benzodiazepines, Anxiety, Insomnia, Depression, Healthy living.

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>3</b>  |
| 1.1. Aspectos gerais do município .....  | 3         |
| 1.2. O sistema municipal de saúde .....  | 4         |
| 1.3. Aspectos da comunidade .....  | 5         |
| 1.4. A unidade básica de saúde capricho .....                                  | 6         |
| 1.5. A equipe de saúde da família capricho - unidade básica de saúde ii. ....  | 6         |
| 1.6. O funcionamento da unidade de saúde da equipe (capricho) .....            | 7         |
| 1.7. O dia a dia da equipe (capricho) .....                                    | 8         |
| 1.8. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade ..... | 8         |
| <b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>3. OBJETIVOS.....</b>   | <b>12</b> |
| 3.1. Objetivo Geral .....  | 12        |
| 3.2. Objetivos Específicos .....   | 12        |
| <b>4. METODOLOGIA.....</b>   | <b>13</b> |
| 4.1. Etapas do Projeto Interventivo .....                                      | 13        |
| 4.1.2 - Quadro 01 – Ações desenvolvidas no projeto de intervenção .....        | 13        |
| <b>5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>   | <b>15</b> |
| <b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>19</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>  | <b>20</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Aspectos gerais do município

A população de 2017 do município de Maribondo, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 13.514 habitantes, sendo a população do sexo feminino (52%) um pouco maior que do masculino (48%). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Maribondo foi de 0,597, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,500 e 0,599). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é longevidade, com índice de 0,751, seguida de renda (0,581) e Educação (0,487). Entre 2000 e 2010, o IDHM passou de 0,452 em 2000, para 0,597 em 2010. Isso consiste em uma taxa de crescimento de 32,08% (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIBONDO, 2018).

O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, foi reduzido em 73,54% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,226), seguida por longevidade e por renda. Entre 1991 e 2000, o IDHM passou de 0,327 em 1991 para 0,452 em 2000 correspondendo a uma taxa de crescimento de 38,23% e o hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 81,43% entre 1991 e 2000 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIBONDO, 2018).

Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi educação (com crescimento de 0,130), seguida por longevidade e por renda. Entre 1991 e 2010, o IDHM do município passou de 0,327, em 1991, para 0,597, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 82,57% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 59,88% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,356), seguida por Longevidade e por Renda. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi educação (com crescimento de 0,358), seguida por longevidade e por renda (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIBONDO, 2018).

Entre 2000 e 2010, a população de Maribondo cresceu a uma taxa média anual de -1,06%, enquanto no Brasil foi de 1,01%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 66,70% para 73,27%. Em 2010 viviam, no município,



13.619 pessoas. Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 0,13%. Na UF, esta taxa foi de 1,01%, enquanto no Brasil foi de 1,02%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 64,30% para 66,70%. Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 66,67% para 56,36% e a taxa de envelhecimento, de 6,54% para 8,25%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 87,76% e 5,87%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,94% em 2000 e 45,92% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIBONDO, 2018).

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 54,01% em 2000 para 50,23% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 14,74% em 2000 para 8,78% em 2010. Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 28,87% trabalhavam no setor agropecuário, 4,69% na indústria extrativa, 7,90% na indústria de transformação, 4,11% no setor de construção, 0,13% nos setores de utilidade pública, 17,11% no comércio e 34,67% no setor de serviços (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIBONDO, 2018).

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

O Município de Maribondo tem seu sistema municipal de Saúde alicerçado na Atenção Primária de Saúde através da Estratégia de Saúde que tem o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde mais perto da família, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade, visando a melhoria da qualidade de vida da população. Caracterizada como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, proteção e prevenção dos agravos à saúde, diagnosticando, tratando, reabilitando e visando reduzir os danos à saúde das pessoas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIBONDO, 2018).

Tendo como atuação as áreas prioritárias: redução da mortalidade infantil, eliminação de hanseníase; controle da tuberculose; controle da hipertensão arterial; controle do diabetes; eliminação da desnutrição infantil; assistência integral à saúde da criança, da mulher, do homem, do adolescente, adulto, do idoso; saúde bucal; saúde do trabalhador, promoção a

saúde e educação permanente em saúde, além dos programas saúde na escola e academia da saúde. A Estratégia de Saúde da Família cobre 100% da população com 05 Equipes de Saúde da Família e 03 Equipes de Saúde Bucal 35 Agentes Comunitários de Saúde. A Rede de Atenção Básica, conta atualmente com 01 (um) Ambulatório 24 h, 05 (cinco) Unidades de Saúde da Família – (ESF), sendo 02 (duas) Equipes de ESF na zona rural (USF IV Mata Verde e USF V Salgado) 03 (três) na zona urbana (USF I Eurico Juvi, USF II Capricho e USF III José Zeferino do Carmo). Atualmente são 05 (cinco equipes Odontológicas), que atende as 05 (cinco) equipes. Possuem consultórios de saúde bucal em todas as Equipes da Zona Rural e Urbana. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIBONDO, 2018).

Maribondo compõe a 8ª microrregião de saúde de Alagoas, sendo Palmeira dos Índios a cidade sede e referência para consultas e exames de média complexidade e cuidado hospitalar. Maribondo também utiliza dos equipamentos da sede da 2º macro região, Arapiraca. Um problema comum vivenciado pelos municípios de pequeno porte, é a alta rotatividade de profissionais médicos da Estratégia da Saúde da Família, que por algumas situações como: mudança de gestão, alguns profissionais são trocados; médicos recém formados que ficam com o primeiro emprego, até passar num curso de residência na área almejada; ou ainda, questões salariais que os fazem procurar salários melhores; fator esse que impacta negativamente no desenvolvimento das equipes.

### **1.3. Aspectos da comunidade**

O município conta com abastecimento de água sob responsabilidade da Companhia de Abastecimento de Água e Saneamento do Estado de Alagoas (CASAL). De acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica (E-SUS AB), o município necessita de maior investimento no abastecimento de água potável, visto que aproximadamente 68,29% dos domicílios são ligados à rede pública. Nos demais domicílios (29,38% poço ou nascente e 2,33% outros). Observa que, na zona urbana 82,52% dos domicílios são abastecidos pela rede pública e na zona rural apenas 8,06% pois a maioria dos domicílios utiliza-se de água de poço ou nascentes (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIBONDO, 2018).

Com relação aos resíduos sólidos observa-se que em 83,52% das residências são coletadas pelo órgão municipal de limpeza pública. Nas localidades rurais a maioria dos domicílios enterra ou queimam seus resíduos sólidos. O destino de fezes e urina dos domicílios em nosso município é destinado ao sistema de saneamento básico com cobertura

de 72,02%, 15,66% possuem fossa, e apenas 12,32% são lançados a céu aberto (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIBONDO, 2018).

#### **1.4. A Unidade Básica de Saúde Capricho**

A comunidade adscrita pela ESF II Capricho contempla cerca de 1.251 famílias, 3.682 indivíduos de um total populacional 12.131 e apresenta aspecto socioeconômico, como por exemplo, elevado índice de analfabetismo, locais com pontos de consumo de entorpecentes, de famílias de baixa renda. No quesito saneamento básico 100% da localidade contam com rede de esgotamento sanitário e fornecimento de água pela Companhia de Saneamento de Alagoas – Casal e poços artesianos públicos e privados, possui também uma lavanderia comunitária para suprir as necessidades de falta de água esporádica. Vale ressaltar que o sistema de esgotamento não conta com unidade de tratamento de água e esgoto antes de ser lançada ao principal igarapé (riacho que nasce na mata e deságua no rio) que transcorre o município. A coleta de lixo é regular e dispõe de dias predefinidos para coleta. A área conta com 2 escolas públicas 1 escola pública municipal (ensino fundamental 1 regular) e 1 escola pública municipal (ensino fundamental 2 regular), 1 escola particular de ensino infantil, 3 igrejas evangélicas, além de inúmeros pontos comerciais de diversas naturezas. Na Unidade Capricho trabalha uma Equipe de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal.

A área de abrangência da ESF II Capricho, município de Maribondo, está limitada pelas ruas Lina de Albuquerque, Antônio Bonfim, São José, Rua Nova, Rua do Campo, Avenida Senador Arnon de Melo, Avenida Alagoas, Rua Santa Tercilia, Rua Manoel Justino, Rua Vereador Antônio Belo, Rua Siqueira Campos, Rua Durval Correia da Rocha, Rua Prof<sup>a</sup>. Alaide Barbosa, Trav. Siqueira Campos e Beco Av. Senador Arnon de Melo.

#### **1.5. A Equipe de Saúde da Família Capricho - Unidade Básica de Saúde II.**

Apresentamos uma Equipe de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal. A equipe de trabalho é composta por: uma Enfermeira, uma Médica, duas Técnicas de Enfermagem, nove Agentes Comunitários de Saúde, um Odontólogo, um Auxiliar de Consultório Dentário; um Atendente e uma Auxiliar de Serviços Gerais; contamos com o apoio dos profissionais da Equipe Multidisciplinar, hoje composta por: duas Psicólogas, uma Fisioterapeuta, uma Nutricionista, um Educador Físico e uma Assistente Social.

## 1.6. O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe (Capricho)

Assim como a maioria das unidades básica de saúde da família no município, a equipe de saúde Capricho está enfatizada no traçado da demanda espontânea. O que dificulta a realização de grupos terapêuticos e apoio a estes pela equipe multidisciplinar. Acontecem esporadicamente encontros com gestantes ou ações nos meses, como janeiro branco, setembro amarelo, outubro rosa e novembro azul. Quanto às atividades de educação em saúde, têm sido menos praticadas nesse ano de 2020 devido a muitas variáveis, como: excesso de dias não úteis no início do ano, mudança de governo municipal no mês de março, e por fim a pandemia pelo novo Coronavírus. Por outro lado, as visitas domiciliares realizadas pelos agentes estão sendo executadas com ressalvas no autocuidado e prevenção da Covid - 19, os demais atendimentos têm sido por meio de agendamento de horário para evitar aglomerações. Assim como os atendimentos de enfermagem com maior atenção para as gestantes e puérperas.

Consideramos as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica para realizarmos a dinâmica de trabalho pela Equipe e assim, temos um funcionamento atual de 8 às 12 e de 13 às 16 horas, com o que o cenário atual nos orienta de atendimentos prioritários de gestantes no primeiro e último trimestre de gestação e acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017).

Segundo Peduzzi (2007), o trabalho em equipe é dinâmico e tem uma plasticidade que pode configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais. Levando em consideração a afirmação de Peduzzi mostra que a equipe de saúde apresentará bons resultados no desenvolvimento da atividade de intervenção que será proposta, visto que trabalha de forma integrada o que facilita o alcance de bons

resultados não só nas intervenções proposta, como na realização de educação em saúde, educação permanente e acolhimento dos usuários.

Ressalta-se que é de fundamental importância o trabalho em equipe, pois só assim consegue-se atingir o objetivo de um atendimento resolutivo e de qualidade, uma prestação de serviço de saúde conforme o SUS nos orienta.

### **1.7. O dia a dia da equipe (Capricho)**

A unidade Capricho apresentava uma grande dificuldade na realização de grupos terapêuticos e em educações em saúde durante as salas de espera para os atendimentos, pois eram realizados os atendimentos médicos por demanda espontânea. Já os atendimentos da Enfermeira, eram organizados por público, mas ainda assim, a equipe não conseguia realizar as salas de espera com foco bem direcionado, mas em agosto do corrente ano conseguimos organizar os atendimentos por demandas específicas e assim, está sendo possível melhorar os aspectos de sala de espera e implantação de grupo terapêutico.

O atendimento de demanda espontânea é a forma que mais a população local busca, diante da falta de um cronograma de atendimentos organizados. Os atendimentos de demanda programada eram realizados apenas no pré-natal, puericultura, crescimento e desenvolvimento. As visitas domiciliares eram realizadas uma vez por semana com um rodizio por agente de saúde, tentando levar atendimento aos acamados e domiciliados, em tempos de Pandemia esse modelo encontra-se suspenso.

Diante da nova organização do cronograma de atendimentos por público alvo específico têm se tornado mais fácil, dinâmico e organizado o serviço e atendimentos prestados, estamos caminhando para que essa organização atinja o objetivo da criação de grupos terapêuticos, de uma educação em saúde e palestras em sala de espera com maior qualidade.

### **1.8. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade**

Um dos principais problemas relacionados à organização está no cumprimento da carga horária, respeitando às 40hs/semanais proposta pela PNAB. Responsabilização de profissionais da equipe para desempenhar o papel de facilitador nos planejamentos.

Instabilidade política municipal com a frequente troca de prefeitos e conseqüentemente os cargos de chefia, secretários e coordenadores. Falta de abertura de espaço pelos coordenadores para as unidades interagirem e propor melhorias para as ações. O que vêm acarretando os nós críticos selecionados abaixo:

- Coberturas inadequadas para tratamentos e acompanhamentos dos grupos prioritários;
- Desorganização do trabalho da Equipe com os princípios de promoção e prevenção;
- Crescimento do uso de medicação controlada (benzodiazepínicos);
- Falta de um cronograma de atendimentos de acordo com a realidade da comunidade;
- Baixa adesão dos pacientes diabéticos e hipertensos aos acompanhamentos de rotina;
- Nenhuma proposta de grupos ou educação em saúde para o público de saúde mental.

Essa realidade apresentada acima está sendo modificada aos poucos com esse processo interventivo de organização na Unidade de Saúde da Família Capricho, ao mesmo tempo, que tem sido estendida a mesma proposta as demais Unidades do município, como o objetivo de melhorar a qualidade e organização do serviço de saúde prestado à população.

No município atualmente, é um pouco complicado o cuidado com a saúde mental no que se refere ao acompanhamento regular. Conta-se com o apoio de um médico psiquiatra que atende duas vezes ao mês, cerca de 20 clientes por dia. Esses pacientes não contam com data de retorno garantida, pois a necessidade é imensa e conseqüentemente eles iniciam medicações e mensalmente buscam atendimentos nas UBS's para ter acesso a receita do medicamento controlado que usam, esse atendimento não tem sido assistencial, pois pela grande demanda da Unidade eles organizaram uma dinâmica para entrega dessas receitas onde o paciente leva até a recepção o nome das medicações e a posologia, junto ao cartão SUS e o recepcionista anota em um caderno e diz um prazo para ele retornar e pegar sua receita que será feita pelo profissional médico da Unidade sem ver o cliente. Os clientes que não estão se sentindo bem com o uso da medicação é orientado a buscar atendimento com o Psiquiatra, dirige – se ao local de marcação SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) e faz o agendamento que às vezes, demora em torno de quinze dias a um mês.

As medicações prescritas são ofertadas pela Farmácia Básica do município, CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico) quase em sua maioria, é um elenco grande nos dias de hoje, mesmo assim ainda acontecem faltas e demoras pelo excesso de medicação em uso, hoje no município. Houve uma época que se lançou a proposta de um cartão para o controle de medicações, mas a estratégia não funcionou, alguns clientes perdiam o documento ou esqueciam e assim, foi extinto esse controle. Sendo assim, a falta de controle na distribuição dos medicamentos, só contribui para o uso indiscriminado dos psicotrópicos.

## 2. JUSTIFICATIVA

O uso impróprio de benzodiazepínicos, ou seja, sem orientação médica, ou mesmo, em quantidades e prazos superiores ao orientado para o tratamento, tem crescido muito nos últimos anos, tornando-se objeto de preocupação na área da saúde, junto a outros psicotrópicos. Já que segundo Drauzio Varella, em uma das reportagens a UOL diz que “os BDZs atuam como calmantes e são utilizados para tratar distúrbios de ansiedade e insônia, entre outros transtornos mentais. Geralmente são prescritos por pouco tempo, já que seu uso prolongado pode causar dependência química”.

A nossa sociedade tem vivido um período de imediatismo que tem diminuído progressivamente a resistência e a tolerância a eventos estressantes, em contrapartida, tem levado as pessoas à busca e ao aumento abusivo do uso de psicotrópicos, esse é um fator de grande potencial psicopatogênico. Observamos que essa busca e aumento têm sido ocasionados por diversos fatores, como uma associação com a insônia e transtornos mentais, incluindo depressão, ansiedade que tem atingido um número considerável da população.

Este trabalho justifica-se pela situação vivenciada atualmente na Unidade Básica de Saúde Capricho no município de Maribondo, em que na maioria dos casos os pacientes fazem uso dos benzodiazepínicos há mais de uma década, alguns já não respondem a dosagem máxima diária e alguns não tratam suas queixas de base, com tratamentos alternativos, por exemplo, mas buscam apenas um controle mascarado da situação. Desse modo, o problema identificado no diagnóstico situacional foi abordado em reuniões com a Equipe e assim, levantamos a necessidade do estudo dessa temática.



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Elaborar um plano de intervenção para reduzir o uso de psicotrópicos da linha dos benzodiazepínicos pelos usuários residentes na área da Unidade Básica de Saúde da Família – Capricho, no município de Maribondo no estado de Alagoas.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Realizar atividades físicas regulares; Orientação alimentar adequada e individualizada
- Desenvolver atividades cognitivas e trabalhos artesanais; Organizar um planejamento diário individualizado para redução da ansiedade.
- Conscientização sobre o uso dos Benzodiazepínicos entre profissionais de saúde
- Organizar a diminuição do uso dos Benzodiazepínicos de modo gradual e individual para que se alcance a extinção e assim prevenir os efeitos adversos com o uso de longo prazo

## 4. METODOLOGIA

Para a realização desse projeto foram seguidas as seguintes etapas:

- Diagnóstico situacional, em que foram identificados os problemas de saúde mais relevantes na comunidade;
- Levantamentos dos dados de dispensação de medicamentos na Farmácia Central do município;
- Dados colhidos na própria UBS nos arquivos da recepção sobre a quantidade de clientes que chegam em busca de receituário para medicação de uso contínuo;
- Revisão bibliográfica sobre o cuidado da saúde mental na Atenção Primária, ansiedade, insônia e uso prolongado dos benzodiazepínicos.

### 4.1. Etapas do projeto interventivo.

#### 4.1.2 - Quadro 01 – Ações Desenvolvidas no projeto de Intervenção

| Ações                                    | Propostas   | Produtos   | Ações estratégicas  | Responsáveis  | Duração anual   |
|--|---|--|---|---|---|
| Grupo Viva Bem (Mude seu estilo de vida) | Realizar atividades físicas regulares; Orientação alimentar adequada e individualizada;   | Atividades físicas; atendimento individual nutricional; palestras educativas em saúde. | Divulgação em cartazes na UBS e convites por meio dos Agentes Comunitários de Saúde aos pacientes que fazem uso dos Benzodiazepínicos | Equipe Multidisciplinar (Educador Físico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicóloga) e Agentes Comunitários de Saúde. | Encontros 2 vezes por semana com duração de 1 hora de atividade física e 30 minutos de orientação.    |
| Grupo Minha Mente, Minhas Mãos.          | Desenvolver atividades cognitivas e trabalhos artesanais; Organizar um planejamento diário individualizado para redução da ansiedade. | Artesanatos como fuxico, bordados, pinturas, reciclagens e etc.                        | Extensão do Grupo Viva Bem em dias diferentes   | Psicóloga e Agentes Comunitários de Saúde com habilidades artísticas.   | Encontros 1 vez por semana com duração de 1 hora de atividade artística e envio de tarefas para casa. |
| Racionalize o uso de Benzodiazepínicos   | Conscientização sobre o uso dos Benzodiazepínicos entre profissionais de  | Capacitação aos profissionais Médicos, Enfermeiros, Técnicos de                        | Organização de palestras educativas para os profissionais e Planejamento de   | Coordenação de Atenção Básica, Psiquiatra, Farmacêutico   | 4 horas de capacitação e 2 horas para reunião de planejamento   |

|                                   |  |  |   |                                       |   |
|-----------------------------------|--|--|---|---------------------------------------|---|
|                                   | saúde  | Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.                                | reorganização da dispensação de medicamentos na Farmácia Municipal.                 | e Psicólogo responsável pelo projeto. | organizacional com farmacêutico responsável.                        |
| Desmame racional (Seja bem vindo) | Organizar a diminuição do uso dos Benzodiazepínicos de modo gradual e individual para que se alcance a extinção e assim prevenir os efeitos adversos com o uso de longo prazo. | Participantes do Grupo Viva Bem (usuários crônicos dos Benzodiazepínicos). | Associação de drogas não benzodiazepínicas como parte da terapia de descontinuação. | Médico do PSF e Psiquiatra            | 1 ano com atendimentos periódicos (mensalmente ou caso, necessário) |

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As significativas transformações ocorridas no contexto cultural e econômico, atrelada a pressões de uma sociedade moderna, tecnológica e cada vez mais competitiva, tem gerado transtornos de ordem psicológica, como a ansiedade (BEZERRA *et al*, 2018). Historicamente, o uso de fármacos para tratar a insônia e a ansiedade é desde a época da antiguidade, com o uso de bebidas alcoólicas e ópio, e se resume à história do abuso de medicamentos e de overdoses fatais (BEZERRA *et al*, 2018).

Entende-se por psicofármacos as drogas que atuam no sistema nervoso central e que afetam o humor e o comportamento, podendo levar a dependência em alguns casos. (FÁVERO *et al*, 2017). Os antidepressivos e os estabilizadores de humor, usados para tratar transtornos de humor como a depressão e o transtorno bipolar. Atualmente os antidepressivos também são usados para tratar transtornos de ansiedade (GOMES, 2018).

Ultimamente, o consumo de ansiolíticos tornou-se um problema complexo de saúde pública que atinge grandes dimensões (CARVALHO, 2004). A literatura nacional e internacional é unânime em afirmar que as mulheres são as principais consumidoras dos medicamentos ansiolíticos e isso pode ser justificado pelo fato de serem mais preocupadas e procurem mais pelos serviços de saúde, além da maior frequência de depressão e ansiedade no gênero feminino por função de fatores socioculturais (FÁVERO *et al*, 2017).

Em um estudo realizado por Martin e colaboradores (2012), em Santos, São Paulo, as mulheres com transtornos depressivos descreveram um cotidiano pobre, por vezes violento, repleto de incompreensões e sofrimentos. Atrelado aos problemas que repercutem negativamente na saúde mental das mulheres estão: os múltiplos papéis domésticos; o status matrimonial e o número de filhos; os impactos da violência física e sexual, inclusive aquelas que ocorrem no âmbito da família; o analfabetismo; os casamentos tradicionais arranjados; a sexualidade, entre outros (ALVES, 2017). De certa forma, os medicamentos consumidos permitiam enfrentar esta realidade considerada tão sofrida, podendo estar instalada uma dependência psíquica ou física (MARTIN *et al*, 2012).

Reduzimo-nos ao neurobiológico deixamos de serem indivíduos biopsicossociais e tornamo-nos bipolares, depressivos, neuróticos e outros. O problema reside na prescrição indiscriminada e precoce de medicamentos para soluções rápidas de patologias ou de sentimentos que por nós são vistos como ruins e esquecemos que faz parte do processo natural do humano, de sentir e viver (GOMES, 2018). Se por um lado, esses medicamentos

dão às mulheres uma sensação de estar no controle de suas vidas, uma vez que diminuem o estresse provocado pela vida cotidiana; por outro, com o uso continuado dos benzodiazepínicos, as mulheres passam a se sentir controladas pelo medicamento, uma vez que passam a desenvolver tolerância a ele e se tornam dependentes do prescritor para garantirem acesso ao produto (BEZERRA et al, 2018)

E quando o remédio torna-se ou produz o problema. Ora sua principal função é solucionar os males que ameaçam nosso organismo a nível psicobiológico. Estamos marcados constantemente pela terrível ideia de adoecer, o que conseqüentemente ocasiona o uso abusivo de medicamentos (GOMES, 2018).

Segundo Ribeiro (2016), os benzodiazepínicos (BZD) e fármacos análogos têm indicação no tratamento da insônia quando os sintomas assumem caráter patológico, pelo que não devem ser utilizadas por rotina no tratamento sintomático de insônias leves a moderadas. Não devem utilizar-se simultaneamente mais do que uma BZD hipnótica ou fármaco análogo. Vale ressaltar, que à prescrição desses fármacos, o cliente deve ser informado sobre os possíveis riscos de habituação, de síndrome de privação, de toxicidade, se houver a ingestão simultânea de álcool e/ou sedativos, de interferência das funções psicomotoras e os riscos de quedas (especialmente nos idosos).

Além do mais, muitas bulas não relatam a dependência à droga após um curto período de uso, como a diminuição da capacidade psicomotora, o aumento do cansaço, a diminuição da memória, a piora dos sintomas após a sua interrupção (ansiedade rebote) e o risco de seu uso nos idosos e crianças (GOMES, 2018).

No que se refere ao modelo de atenção oferecido no Brasil, especificamente no serviço público de saúde, percebemos que o mesmo se mostra cada vez mais ineficaz, resultando na perpetuação de situações que estão longe de proporcionar uma melhor saúde para quem necessita dos seus benefícios. O modelo biomédico ainda alimenta o sistema vigente na medida em que reforça a dicotomia saúde/doença, o que implica uma restrita atuação voltada exclusivamente para a doença (CARVALHO, 2004).

É importante destacar que alguns estudiosos orientam que os Benzodiazepínicos devem ser recomendados apenas na fase aguda das queixas de insônia, com a dose indicada por tempo determinado e mediante a uma avaliação da história do cliente, sendo que, nem sempre é o que acontece na prática. Sabe-se que estes fármacos têm efeitos futuros que são prejudiciais após o uso prolongado, como relata RIBEIRO (2016).

As BZD estão recomendadas apenas na fase aguda das queixas de insônia, na menor dose possível, com duração de duas a quatro semanas. Estes fármacos diminuem a latência do sono e número de despertares noturnos, aumentando a duração e qualidade do sono. Adicionalmente, as BZD podem diminuir as queixas de ansiedade. Previamente à prescrição de BZD, dever-se-á avaliar a presença de causalidade ou comorbilidade física, abuso de álcool ou outras substâncias, miastenia gravis, insuficiência respiratória grave, apneia do sono, insuficiência hepática grave. Nos pacientes com queixas de insônia inicial dever-se-á utilizar uma BZD de curta ação e nos pacientes com queixas de dificuldade de manutenção do sono é preferível uma BZD com ação mais prolongada. O diazepam não deve ser utilizado, pois é de longa duração de ação e pode levar à acumulação de metabolitos ativos. Os efeitos adversos mais comuns são sedação matinal, incoordenação motora, perturbações mnésicas, sonolência excessiva, atraso de tempo de reação, redução da libido e desinibição comportamental. Após duas a quatro semanas de utilização, aumenta o risco de desenvolver tolerância, dependência física e psicológica e síndrome de privação. Esta síndrome pode durar até três semanas após a suspensão de BZD de longa ação e caracteriza-se pela presença de sintomas de ansiedade, perda de apetite, tremor, sudorese e alterações perceptuais. A maioria dos hipnóticos são depressores respiratórios, pelo que podem agravar a síndrome da apneia obstrutiva do sono ou hipoventilação (Ribeiro, 2016).

No dia a dia da Atenção Primária percebe-se que as queixas de insônia são muito predominantes nos atendimentos de saúde primários, desse modo, o médico da família deve reter um olhar refinado, após uma escuta qualificada e assim utilizar a melhor estratégia de possíveis mudanças comportamentais da rotina de sono do paciente para o seu tratamento, antes de indicar um tratamento medicamentoso. Vivemos numa sociedade cada vez mais medicalizada, daí a importância do médico reconhecer e aplicar a terapêutica não farmacológica, incentivando esse cliente a insistir nas indicações, apresentando os riscos anteriormente citados sobre o uso dessas medicações.

Mesmo quando for inevitável a utilização de intervenções farmacológicas, o profissional médico deve ajustar o tratamento à individualidade característica de cada paciente.

Segundo Gorenstein, citado por Auchewski e colaboradores (2004) relata que a administração prolongada de benzodiazepínicos, mesmo em doses baixas, induz a prejuízos persistentes nas funções cognitivas e psicomotoras. A orientação médica sobre a interação com o álcool, dado seu intenso uso, também é muito importante, uma vez que pode ocorrer depressão respiratória grave e fatal pelo sinergismo do efeito depressor. Outra característica relevante deste tipo de medicamento é o aparecimento da tolerância e dependência. O efeito da dependência deve ser amplamente prevenido pelo médico através do uso de dosagens mínimas e por períodos de tratamento o mais curto possível e pela seleção cuidadosa do cliente, evitando prescrever esse tipo de medicamento a clientes com história ou propensos à drogadição.

É de suma importância, o retorno do cliente ao médico periodicamente, pois esse é um fator para o monitoramento da dose, avaliação dos efeitos colaterais e da resposta terapêutica. Portanto, a prescrição de benzodiazepínico deve ser realizada em condições analisadas constantemente, com monitoramento cuidadoso, sempre com o intuito de estabelecer um bom vínculo com o cliente. E desse modo, é possível minimizar os efeitos colaterais e evitar o desenvolvimento de dependência (Varella, 2020; Oliveira *et al*, 2016).

Muitos clientes sofrem com a irracionalidade da prescrição e com o uso prolongado de benzodiazepínicos que tem se tornado uma prática muito comum por parte dos médicos que, muitas vezes, não apresentam conhecimento suficiente de psicofarmacologia, ou mesmo não são cuidadosos com a avaliação e o acompanhamento periódico do cliente e que ao mesmo tempo, estimulem o uso racional destes medicamentos (Adalla Vecchia, 2012).

Com base nos estudos e observações realizadas durante esse período de pesquisa foi possível perceber que a falta de orientação médica sobre dependência, de um lado, e o alto índice de uso de benzodiazepínico por mais de um ano, de outro, podem indicar uma despreocupação dos médicos em relação a esse efeito indesejável. Além disso, a falta de alternativas terapêuticas para a mudança do estilo de vida sedentário e o conhecimento de outras abordagens de tratamento ou intervenção para o cuidado da ansiedade e insônia na Atenção primária é o que indicam o aumento de prescrição e uso dos benzodiazepínicos no município, bem como, a dependência ou seu prolongado desses fármacos.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os malefícios do uso abusivo dos benzodiazepínicos, bem como, tendo observado a realidade dos usuários da Atenção Básica da Unidade de Saúde Capricho no município de Maribondo, é importante ressaltar que é necessário uma modificação nos cuidados com os usuários da Saúde Mental na Atenção Primária, sendo necessário o apoio da Equipe Multidisciplinar e o engajamento dos demais profissionais envolvidos nesse processo.

É plenamente possível elaborar estratégias com o objetivo da mudança do estilo de vida da população, mas restritamente dos usuários citados, e desse modo, se alcance uma prevenção quanto ao uso excessivo dos benzodiazepínicos, ou mesmo, o início de tratamento com esse tipo de droga.

Portanto, as mudanças e estratégias referidas no decorrer do projeto se mostram efetivas na diminuição dos prejuízos, quanto ao uso dos benzodiazepínicos, em longo prazo, e assim são capazes de alcançar benefícios físicos e mentais para os usuários da Saúde Mental na Atenção primária. Tornando a atenção, o cuidado, o acolhimento mais humanizado, efetivo e resolutivo, considerando o sujeito dentro da sua individualidade e subjetividade.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADALLA VECCHIA, Marcelo. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos. São Paulo: Editora Cultura Acadêmica; 2012.
- ALVES, Tahiana Meneses. Gênero e saúde mental: algumas interfaces. Comtextos: WorkingPapers, Braga, v. 3, n. 2, p. 1-22, 21 jul. 2017.
- AUCHEWSKI, Luciana; ANDREATINI, Roberto; GALDURÓZ, José Carlos; LACERDA, Roseli Boerngen. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo. v. 26, n.1. Mar. 2004.
- BEZERRA, Daniel Sarmiento; BONZI, André Ricardo Bezerra; LIMA, Ana Karla Bezerra da Silva; LIMA, Ana Karla Bezerra da Silva. Mulheres e o uso/abuso de benzodiazepínicos: analisando suas implicações. Temas em Saúde, João Pessoa, v. 18, n. 3, p. 350-360, 2018.
- BEZERRA, Daniel Sarmiento; BONZI, André Ricardo Bezerra; SILVA, Girliane Regina da; LIMA, Ana Karla Bezerra da Silva. Mulheres e o uso de benzodiazepínicos: uma revisão integrativa. Temas em Saúde, João Pessoa, v. 18, n. 2, p. 204-215, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 05 de setembro de 2020.
- CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. Estudos de Psicologia, Natal, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.
- FÁVERO, Viviane Rosset; SATO, Marcelo del Olmo; SANTIAGO, Ronise Martins. Uso de ansiolíticos: abuso ou necessidade? Visão Acadêmica, Curitiba, v. 18, n. 4, p. 98-106, dez. 2017.
- GORESTEIN, C; POMPÉIA, Sabine. Farmacocinética e farmacodinâmica dos benzodiazepínicos. In: Bernik, MA. Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiências. São Paulo: Edusp, 1999.
- GOMEZ, Sandra Gonzalez. Uso de psicofármacos e as ações da Atenção Básica: uma proposta de intervenção no município de Astorga, Paraná. 2018. 29 f. Tese (Monografia) - Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, 2020. Resultado de dados do censo de 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 18 de abril de 2020.
- MARTIN, Denise; CACOZZ, Aline; MACEDO, Thaise; ANDREOLI, Sergio Baxter. Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. Interface, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 885-899, dez. 2012.
- OLIVEIRA, Maiara Silva; OLIVEIRA, Martila Cecília; FERREIRA, Paloma Elaine Costa; NASCIMENTO, Valdizia Maria Silva; TAVARES, Giovanni. Dependência química de benzodiazepínicos: generalização da demanda sofrimento. Congresso Brasileiro de Ciências

da Saúde. Faculdade Maurício de Nassau. 2016. Disponível em:  
<[https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2016/TRABALHO\\_EV055\\_MD1\\_SA3\\_ID2198\\_02052016214127.pdf](https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2016/TRABALHO_EV055_MD1_SA3_ID2198_02052016214127.pdf)>. Acesso em: 25 de julho de 2020.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo de integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. Rio de Janeiro, CEPESC, 2007.

PMM/SMS - PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIBONDO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde 2016-2020. Maribondo:SMS.

RIBEIRO, Nelson Ferreira. Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-14, Jan-Dez. 2016.

VARELLA, Drauzio. Ansiolíticos não matam mais que cocaína. Disponível em:  
<https://drauziovarella.uol.com.br/checagens/ansioliticos-nao-matam-mais-que-cocaina-checagem/>>. Acesso em: 24 de julho de 2020.