



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**VIVIANE DE AMORIM DUARTE**

**USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A PESQUISA-AÇÃO  
COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2019**

VIVIANE DE AMORIM DUARTE

USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A PESQUISA-AÇÃO  
COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kilma Wanderley  
Lopes Gomes

FORTALEZA – CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Duarte, Viviane de Amorim.

Uso de benzodiazepínicos na atenção primária: a pesquisa-ação como estratégia de reorganização para o cuidado integral [recurso eletrônico] / Viviane de Amorim Duarte. - 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 95 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2019.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes.

1. Ansiolítico. 2. Estratégia de Saúde da Família.  
3. Serviço de Saúde. I. Título.

**VIVIANE DE AMORIM DUARTE**

**USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A PESQUISA-AÇÃO COMO  
ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família-MPSF/Renasf do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 13 de novembro de 2019

**BANCA EXAMINADORA**

*Kilma Lopes*

Profª. Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes  
(Orientadora- SMS/Fortaleza)

*Brilhante*

Profª. Dra. Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
(1º membro- SESA/CE)

*Maria do Socorro de Sousa*

Profª. Dra. Maria do Socorro de Sousa  
(2º membro- UECE)

A DEUS e à Nossa Senhora, por toda graça derramada, e aos meus pais, João e Chagas, por todo zelo e apoio nessa caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS e a Minha Nossa Senhora, pela saúde, tranquilidade, paz e fé. Todo o cansaço foi vencido com a graça de DEUS iluminando e guiando a minha árdua jornada.

Aos meus pais, João e Chagas, que tanto se esforçam para que tudo seja perfeito em minha vida, sigo sempre os exemplos de vocês, honestidade e sinceridade.

Aos meus irmãos, Anny e Willyan. Em especial, ao Willyan Karol, que me acolheu com muito carinho em sua casa durante toda essa jornada.

À minha cunhada, Jeyce, que também sempre me recepcionou tão bem em sua casa, proporcionando aconchego para minhas atividades.

À Secretária de Saúde de Catarina Valéria Rodrigues e à Diretora da EEEP Monsenhor Odorico de Andrade pela flexibilidade e compreensão na realização desse mestrado.

Aos meus coordenadores da EEEP MOA Italo e Renata e aos colegas professores da enfermagem, pela flexibilidade e ajuda na dinâmica quando precisei me ausentar para as aulas.

Aos meus colegas de sala do trabalho de Catarina Ismênia e Naid, por entenderem e me ajudarem quando estive ausente.

Aos trabalhadores da Secretaria de Saúde de Catarina que prontamente aceitaram participar do estudo.

Ao Diretor da Escola Pedro Jorge Mota de Catarina, Ari Cosmo, que sempre disponibilizou o espaço escolar para realização do estudo.

Às amigas Robevânia, Eliane, Amáble e Naide, por toda ajuda com a pesquisa.

À minha amiga, Dra. Verônica Lima, por me incentivar e apoiar. Por não hesitar em me ajudar, seja com a construção de desenhos, slides, convites, fluxos ou com conselhos nos dias de choro.

Aos meus alunos de 2018 e 2019 que compreenderam a minha necessidade de realizar esse mestrado, e sempre aceitaram recuperar aulas em períodos noturnos e até mesmo aos sábados

À minha orientadora, Dra. Kilma Gomes, pela paciência, carinho e dedicação comigo e com toda a construção do trabalho. Foram muitos encontros, horas ao telefone,

teimosia (minha claro) e sempre tive orgulho de ter uma orientadora tão humilde e inteligente.

Aos membros da banca, Dra. Socorro e Dra. Ana Paula, por toda a contribuição desde a qualificação, proporcionando uma melhor definição para os passos da minha dissertação.

Aos meus ilustres, Drs. queridos e maravilhosos professores, em especial, José Maria e Ana Patrícia, por todo aprendizado compartilhado, experiências, solicitude e amor com o programa e com cada aluno.

A toda turma do mundo verde, em especial, Taty e Claudinha, que cuidaram tão bem de todos, desde os documentos até um ambiente aconchegante, com muito aprendizado, café e prosa.

A todos os meus queridos amigos da turma III do Mestrado Profissional em Saúde da Família Nucleadora UECE, aprendi muito com vocês, foram: risos, choro, trabalhos, GTs, atividades de campo, dissertação entre outros. Deus me presenteou com essa oportunidade de conhecer e conviver esses dois anos com todos vocês. Em especial, cito a Kerley, pois sei que ela representa a todos, pela meiguice e claro, pela inteligência.

À companheira do mestrado de todas as horas Sylvania, pela aceitação na construção da revisão integrativa, por compartilharmos a mesma orientadora e método, por tantos favores (nunca pagarei), por sempre me ouvir, comprar café para nós... Enfim, por nunca dizer não para ninguém. Sou muito abençoada por ter pessoas como você perto de mim.

E para finalizar, aos colegas de turma que se tornaram amigos: José Maria, Ana Patrícia, Glaucia, Elenice, Ianna, Claudio, Eduardo, Katharina e Monaliza. O que seria de mim sem vocês nesse processo? Me proporcionaram os melhores risos, conversas, caronas, abraços e afetos nos últimos tempos. Com vocês reconstruí conceitos e destruí preconceitos, aprendi a valorizar mais a vida, a entender sobre o amor, os astros, raças e relações. Além disso, ressignifiquei a amizade, e senti novamente o quanto é bom ficar ao lado de pessoas de verdade. Espero que sigamos juntos, com amor e muita fé. Amo vocês.

“Quanto mais a gente ensina, mais aprende o que ensinou [...] Pois trocar vida com vida é somar na dividida, Multiplicando o amor”

(Maria Bethânia)



## RESUMO

O uso dos benzodiazepínicos tornou-se um sério problema de saúde pública, muitas dificuldades estão associadas a estas prescrições. Considerando as particularidades e complexidade dos indivíduos em seus diversos contextos sociais, é necessário a aproximação de profissionais que atuam nos serviços específicos de atenção à saúde mental com as equipes de Saúde da Família, para a qualificação destes, na busca do desenvolvimento do cuidado ampliado. Esta pesquisa teve como objetivo desenvolver uma proposta de reorganização da atenção integral a saúde dos usuários de benzodiazepínicos. Foi um estudo qualitativo, utilizando a pesquisa-ação como metodologia. Utilizou-se entrevistas semiestruturadas e duas oficinas para chegar aos resultados. Participaram 23 trabalhadores da saúde, sendo 18 que atuam na atenção primária, dois na atenção secundária (Centro de Atenção Psicossocial) e três na gestão municipal. Os resultados obtidos foram organizados e analisados com base na análise de conteúdo proposta por Minayo, onde surgiram duas categorias e cinco subcategorias. Os profissionais reconhecem a existência de um uso indiscriminado de benzodiazepínicos, mas possuem dificuldades de reconhecerem suas competências na melhoria desse cuidado. Sinalizaram dificuldades e potencialidades da Estratégia Saúde da Família para a condução do cuidado, e construíram propostas de melhoria para a atenção a saúde integral de usuários de benzodiazepínicos, sendo possível a realização de algumas no caminho da pesquisa. O dinamismo da pesquisa-ação trouxe resultados além dos questionamentos propostos, se tornando uma metodologia positiva para o desenvolvimento da pesquisa, onde mostrou resultados e caminhos que poderão contribuir para outros serviços, trabalhadores, gestores e pesquisadores com interesse ou dificuldades na área.

**Palavras-chave:** Ansiolítico. Estratégia de Saúde da Família. Serviço de Saúde.

## **ABSTRACT**

The use of benzodiazepines has become a serious public health problem, many difficulties are associated with these prescriptions. Considering the particularities and complexity of individuals in their several social contexts, it is necessary to approach professionals who work specifically in mental health care services with family health teams, for their qualification, in the pursuit of the development of ample care. This research aimed to develop a proposal to reorganize whole health care for benzodiazepine users. It was a qualitative study, using research-action as a methodology. Semi-structured interviews and two workshops were used to achieve the results. 23 health workers participated, 18 who work in primary care, two in secondary care (Centro de Atenção Psicossial) and three in municipal management. The results obtained were organized and analyzed based on the content analysis proposed by Minayo, two categories and five subcategories emerged. Health professionals recognize the indiscriminate use of benzodiazepines, but has difficulties recognizing their skills on improving this care. They indicate difficulties and potentialities of the Family Health Strategy for conducting care, and built proposals for improving the whole health care of benzodiazepine users, and some of them could be performed in the course of the research. The dynamism of research-action brought results beyond the proposed questions, becoming a positive methodology for the development of research, which showed results and ways that may contribute to other services, workers, managers and researchers with interest or difficulties in the area.

**Keywords:** Anxiolytic. Family Health Strategy. Health Service.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1 – Saúde mental na Atenção Primária à Saúde – Diretrizes Gerais para a atuação das Equipes de Saúde.....</b>	<b>27</b>
<b>Quadro 2 – Descrição dos profissionais participantes que atuam na ESF de Catarina -CE.....</b>	<b>38</b>
<b>Quadro 3 – Descrição dos profissionais participantes do NASF de Catarina -CE.....</b>	<b>38</b>
<b>Quadro 4 – Descrição dos profissionais participantes do CAPS de Catarina CE.....</b>	<b>39</b>
<b>Quadro 5 – Descrição dos profissionais que atuam na gestão da saúde de Catarina CE.....</b>	<b>39</b>
<b>Quadro 6 – Exemplificação das etapas.....</b>	<b>47</b>
<b>Quadro 7 – Potencialidades e dificuldades no acompanhamento de usuários de BZD segundo os entrevistados.....</b>	<b>53</b>
<b>Quadro 8 – Proposta de reorganização em prol da atenção integral à saúde de usuários de BZD.....</b>	<b>67</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BZD	Benzodiazepínicos
CAF	Central de Assistência Farmacêutica
CAGECE	Companhia de Água e Esgoto do Estado do Ceará
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GABAa	Ácido gama-aminobutírico
HORUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INBC	<i>International Narcotics Control Board</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	14
1.2	RELEVÂNCIA E INTERESSE PELO TEMA.....	17
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
3.1	SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	22
3.2	USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	28
3.3	ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PARA REDUÇÃO DO USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS.....	31
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>35</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	36
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	38
4.4	DESENHO DO ESTUDO.....	40
<b>4.4.1</b>	<b>Operacionalização da Pesquisa-Ação.....</b>	<b>42</b>
4.5	COLETA E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES.....	48
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	49
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>51</b>
5.1	O ENCONTRO DO PESQUISADOR COM O PROBLEMA.....	51
<b>5.1.1</b>	<b>Realidade prática do uso de BZD com um olhar diagnóstico para agir junto.....</b>	<b>51</b>
<b>5.1.2</b>	<b>O (des)encontro do papel dos profissionais no cuidado com usuário de BZD .....</b>	<b>56</b>
5.2	A REDE DE ATENÇÃO E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	58
<b>5.2.1</b>	<b>O conhecimento dos profissionais e a fragmentação da rede no cuidado em saúde mental.....</b>	<b>58</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Somando saberes para articular a rede.....</b>	<b>64</b>

5.2.3	Construções e pactuações interventivas para reorganização da atenção à saúde de usuários de BZD.....	67
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
	REFERÊNCIAS.....	80
	APÊNDICES.....	87
	APÊNDICE A - ENTREVISTA.....	88
	APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA....	89
	APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA.....	91
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	92

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Desde a antiguidade, os indivíduos utilizam diversas substâncias que levam a efeitos prazerosos no corpo e na mente. Ainda hoje muitas pessoas fazem esse uso, especialmente das avaliadas como lícitas, para obtenção destas mesmas sensações (FORSAN, 2010).

Neste sentido, as substâncias psicotrópicas ganham evidência. Os medicamentos benzodiazepínicos (BZD), em especial, estão entre os mais prescritos no mundo. O uso dos BZD se tornou um sério problema de saúde pública, pois alcança grande parte da população, levando a problemas pessoais e sociais graves (FORSAN, 2010).

Os BZD são medicamentos que possuem propriedade farmacológica com efeito sedativo, hipnótico, ansiolítico, relaxante muscular e anticonvulsivante. Porém é crescente o seu uso pela sociedade para resolução de conflitos familiares, dificuldades do dia a dia e pressão do mundo moderno (BRASIL, 2013).

Conforme a *International Narcotics Control Board* (INBC), sobre o balanço de medicamentos psicotrópicos de 2011, o diazepam continua sendo o BZD mais distribuído e consumido em todos os lugares do mundo (SILVA *et al.*, 2015).

O Brasil é o 5º país que mais importa diazepam no mundo, ficando atrás da Dinamarca, EUA, Alemanha e Suíça, e o segundo que mais consome clonazepam do mundo, ficando atrás somente dos EUA. Esse alto consumo pode ser demonstrado também pelo fato do clonazepam ter ampliado seu uso de 50 países em 1995 para mais de 140 no período de 2008 a 2010 (UNITED NATIONS PUBLICATION, 2013).

Segundo o boletim da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 2011, dentre os psicotrópicos, os benzodiazepínicos foram os medicamentos mais utilizados no Brasil entre os anos de 2007 a 2010 (BRASIL, 2011).

Um estudo realizado no interior do Ceará, que analisou a distribuição de antidepressivos e BZD na ESF de Sobral-CE, revelou que o SUS teve um gasto total entre os anos de 2010 a 2011 de 448.483,003 com antidepressivos e

benzodiazepínicos, representando 16,44% dos gastos com medicamentos controlados (ARAÚJO *et al.*, 2012).

O uso sucessivo destes medicamentos pode levar desde efeitos mais simples, como apatia, até implicações graves, como perda da consciência e da coordenação motora, podendo gerar quedas principalmente em pessoas idosas (NORDON; HUBNER, 2009).

Algumas pesquisas mostram problemas associados às prescrições de BZD, como prescrições sem diagnósticos precisos ou mesmo para sintomas e situações que não condizem com o efeito da substância, uso por tempo indeterminado, uso por idosos, entre outros. Estas distorções podem levar a graves consequências quando o uso deste fármaco é associado ao uso de outros depressores do sistema nervoso central, como álcool e outras drogas (AUCHEWSKI *et al.*, 2004).

O uso contínuo de BZD por mais de seis meses sugerido na literatura, poderá causar sintomas clínicos de dependência química, física e mental. Isso pode levar a prejuízos na vida social do paciente, afetando inclusive em sua qualidade de vida. Embora essas medicações sejam eficazes em diversos tipos de tratamentos, elas possuem graves dificuldades em seu manejo, implicando em cuidados na prescrição, pois as dificuldades características do quadro de dependência não predominam sobre as vantagens e, muitas se tornam invisíveis considerando a complexidade das condições do tratamento dos pacientes (RANG, 2007).

A atenção primária traz a possibilidade do profissional de saúde trabalhar com uma população delimitada, onde o primeiro contato das pessoas, inclusive daquelas que exigem um cuidado em saúde mental com o serviço de saúde, seja através das equipes de atenção básica. Trabalhar o cuidado em saúde mental na atenção primária é bastante conveniente, tendo em vista o acesso e também o vínculo construído entre os profissionais, população e território (BRASIL, 2013).

A Atenção Primária à Saúde no Brasil está organizada através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como base integralidade da assistência, acessibilidade, formação de vínculo com a comunidade delimitada, educação continuada do profissional, avaliação do serviço, associado à participação popular (BRASIL, 2013).



Tendo em vista seus fundamentos, a ESF torna-se um excelente ambiente para trabalhar a saúde mental na comunidade, pois através da proximidade e vínculo poderá perceber as inquietações e frustrações familiares e comunitárias, além de proporcionar um cuidado mais próximo e longitudinal ao usuário (BRASIL, 2013).

Comumente, a maioria dos problemas psicológicos são vistos por clínicos no atendimento primário. Se a prescrição de um benzodiazepínico é iniciada incorretamente, pode conduzir a dependência que pode durar anos (NORDON; HUBNER, 2009). Algumas vezes a falta de retornos às consultas, a pouca ou inexistente explicação e determinação do tempo de uso, associado a outros problemas na prescrição, desencadeiam toda essa problemática, levando os pacientes a procurarem essas medicações em diversos locais de saúde constantemente e insistentemente.

Além de toda essa problemática, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem cada vez mais reorientando a rede básica e investindo na melhoria de acesso e qualidade dos atendimentos, afastando-se um pouco do modelo centrado na doença, onde o medicamento é a principal opção de tratamento.

Sendo assim, é necessário que os serviços de saúde existentes nos diversos territórios caminhem de maneira articulada, para que a atenção primária possa desenvolver ações quanto à distinção das exigências de saúde mental no território (SCHNEIDER, 2009).

Essa articulação entre serviços de saúde, leva à responsabilização de previsíveis desafios dos diversos equipamentos, pois existem conflitos nos diferentes níveis de cuidados envolvidos nesse processo na busca de mudanças e quebra de paradigmas instituídos na saúde (BRÊDA, 2005).

Considerando as particularidades e complexidade dos indivíduos em seus diversos contextos sociais, é necessária a aproximação de profissionais que atuam nos serviços específicos de atenção à saúde mental com as equipes de Saúde da Família, para a qualificação destes, na busca do desenvolvimento do cuidado ampliado (SCHNEIDER, 2009).

Os objetivos da Saúde Mental e Atenção Básica têm muito em comum, o que necessita ser superado é a visão dualista do homem, a construção de um novo

modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para inovações nas práticas de saúde (BRASIL, 2013).

## 1.2 RELEVÂNCIA E INTERESSE PELO TEMA

Durante quase dez anos, dediquei a minha vida profissional no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), na unidade de ESF (Estratégia de Saúde da Família), gestão e educação. O uso dos benzodiazepínicos (BZD) e a atenção desses usuários na ESF despertou minha curiosidade há quase 11 anos, desde os estágios da graduação em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri-Campus de Iguatu-CE.

Ainda no estágio supervisionado na ESF, observava a constante busca por esses medicamentos, inclusive os profissionais chegavam a ser ameaçados por pacientes, caso não conseguissem as desejadas receitas. Mesmo assim, não percebia um planejamento para o atendimento desse público, tampouco estratégias para melhoria desse quadro.

No final de 2009, já formada, retornei ao meu município de origem, Catarina-CE, onde ingressei na vida profissional me dedicando à saúde pública, atuando como enfermeira da ESF na zona urbana. A mesma problemática se repetia no cotidiano de trabalho, pacientes que eram desconhecidos utilizando BZD e repetições de receitas. Na época, criei livros para “pacientes que usam medicamentos de controle especial”, o livro trazia um quantitativo dividido por área de cada Agente Comunitário de Saúde (ACS), mas não teve sucesso para melhoria da atenção desses pacientes, meu olhar ainda era imaturo frente à atenção integral.

Nessa época, o município ainda não contava com o Centro de Atenção Psicossocial, contudo, já existiam debates entre profissionais de saúde e gestores sobre o grande número de pacientes em uso de psicotrópicos.

Considerando as pontuações acima, no ano de 2011 o município contratou uma psiquiatra para prestar serviços mensalmente para esse público, e a psicóloga, que trabalhava no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), também passou a realizar atendimentos para pacientes que apresentavam sofrimento mental e outros usuários de psicotrópicos, principalmente de BZD.

Catarina não tinha o parâmetro populacional exigido para implantação do CAPS de acordo com a Portaria nº 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção

Psicossocial, pois somente a partir de 20.000 habitantes pode ser implantado um CAPS (BRASIL, 2011). Entretanto, segundo o IBGE, 2010, Catarina apresentava 18.745 habitantes (IBGE, 2010).

Assim, as discussões acerca da problemática do grande número de usuários de psicotrópicos seguiram. Foi realizado um levantamento de dados considerando: o número de atendimentos realizados pela psiquiatra e pela psicóloga; o número de pacientes com sofrimento mental; o alto índice de dispensação de BZD pela Central de Assistência Farmacêutica (CAF); e também o grande número de encaminhamentos ao hospital psiquiátrico Santa Tereza na cidade do Crato.

Esse contexto demonstrava a frágil atenção da saúde mental de Catarina e também a necessidade de equipe multiprofissional por meio da implantação do CAPS para acompanhamento desses pacientes. Esses dados foram apresentados em reuniões do conselho municipal de saúde e posteriormente na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), assim, justificou-se a implantação do CAPS neste município, que foi inaugurado em abril de 2013.

Nos anos de 2014 a 2016, retornei à unidade de ESF onde iniciei minha vida profissional, desta vez como residente em saúde da família e comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará. A mesma problemática persistia, um grande fluxo de pacientes à procura de psicotrópicos, em especial por BZD, e quando eram indagados sobre qual a patologia que os levavam a utilizar estes medicamentos, era muito comum responderem problemas pontuais e agudos do cotidiano, como também realizarem automedicação a partir de conselhos de indivíduos próximos que já utilizaram BZD. O comportamento era reproduzido muitas vezes sem diagnóstico, sem consulta adequada e, pior, sem acompanhamento da equipe de saúde, permanecendo utilizando por tempo indeterminado.

Os aprendizados com a residência multiprofissional me fizeram ressignificar minha prática profissional frente ao território e frente à saúde mental na ESF, fazendo desabrochar um olhar ampliado e de responsabilidade pelos pacientes que utilizavam psicotrópicos, uma visão que outrora era apenas de culpabilizar o serviço especializado pelo desarranjo na atenção desses pacientes.

Com toda essa fragilidade, percebia-se a dificuldade dos profissionais em lidar com as prescrições e planejamento do cuidado desses pacientes, considerando

que para iniciar o uso dessas drogas não necessitava de cadastro prévio ou outros critérios específicos, ficando difícil o planejamento dos atendimentos sem imaginar sua dimensão. Sendo assim, com o novo olhar a partir da residência, realizei uma pesquisa de conclusão da residência para entender melhor quais eram esses pacientes e por quanto tempo utilizavam essas medicações.

Vale ressaltar que as inquietações surgiram desde a fase da delimitação dos participantes da pesquisa, na busca dos pacientes que faziam uso desses medicamentos, pois nem mesmo os profissionais da ESF (médico, enfermeiro e ACS) sabiam quem eram ou a quantidade de pacientes em uso, tendo que recorrer ao sistema HORUS (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica) da Central de Assistência Farmacêutica (CAF) do município e aos levantamentos realizados pelos ACS. O estudo teve o objetivo de analisar o perfil epidemiológico e assistencial dos pacientes que faziam uso de BZD na zona urbana do município de Catarina-CE.

Os dados revelaram a deficiência na assistência aos pacientes em uso de BZD, onde mostrou que dos 140 prontuários analisados com registro de BZD, apenas 80 (57,2%) apresentavam diagnósticos e 60 (42,8%) não constavam motivo ou diagnóstico para uso da medicação. Dos 140 pacientes, 114 (81,4%) eram do sexo feminino e 26 (18,6%) do sexo masculino. Quanto à faixa etária, 67 (47,9%) pessoas tinham menos de 60 anos e 73 (52,1%) mais de 60, sendo a menor idade 5 anos e a maior 104. Com relação ao uso dos diferentes BZD, 67 (47,9%) utilizavam Diazepam, 53 (37,8%) Clonazepam e 20 (14,3%) Alprazolam (DUARTE, 2017).

Dessa forma, o estudo demonstrou que a maioria dos usuários eram mulheres e idosas com diagnóstico predominante de ansiedade, porém quase metade das pessoas faziam uso de benzodiazepínicos sem diagnóstico definido registrado. O Diazepam foi o benzodiazepínico mais prescrito. Foi apreendido também uso crônico ou prolongado com um tempo médio de uso de mais de três anos, baixo número de consultas registradas e pouca orientação para terapia não medicamentosa.

Diante de toda a conjuntura e da inquietação com a dificuldade de manejo desses pacientes, somado principalmente à necessidade de dar respostas de melhoria para o quadro de uso indiscriminado detectado na pesquisa anterior, foi significativo realizar o estudo em questão que teve como objeto a reorganização da

atenção integral dos usuários de BZD, com o intuito de melhorar a atenção à saúde desses usuários através da pesquisa-ação.

Assim, surgiram os seguintes questionamentos: os profissionais que atuam na unidade de saúde da família possuem dificuldades em lidar com atenção destes pacientes? Que conhecimentos os profissionais têm sobre este problema? Como reorganizar o atendimento dos pacientes que utilizam benzodiazepínicos no município de Catarina-CE?

Nesse sentido, esse estudo teve como objetivo: desenvolver uma proposta de reorganização da atenção integral à saúde dos usuários de benzodiazepínicos por meio da pesquisa-ação no município de Catarina-CE.

Buscou-se melhorar a organização e a integração da rede de atenção à saúde dos usuários de BZD, proporcionando otimizar o manejo com essa população, a prescrição consciente e o uso racional dos medicamentos, melhorando os atendimentos e a qualidade de vida desses pacientes.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma proposta de reorganização da atenção integral à saúde dos usuários de benzodiazepínicos.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Analisar a prática dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no cuidado com usuário de benzodiazepínicos;
- ✓ Relacionar a realidade prática da atenção à saúde de usuários de benzodiazepínicos com o perfil epidemiológico de uso indiscriminado junto aos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial;
- ✓ Articular a Rede de Atenção Psicossocial em prol da integração de ações de melhoria da atenção à saúde de usuários de benzodiazepínicos;
- ✓ Traçar estratégias para o manejo adequado de pacientes que usam benzodiazepínicos.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Antes da compreensão da saúde mental na atenção primária, é importante frisar alguns conceitos como: atenção básica, estratégia de saúde da família, atenção primária e saúde mental.

A Atenção Básica (AB), que tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como sua estratégia prioritária, é o local da atenção da saúde que realiza suas práticas de cuidados em um território delimitado e com maior proximidade das famílias. Tem como um de seus princípios possibilitar primeiro o acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que necessitam de algum cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013).

Essas práticas no próprio território possibilitam que os profissionais de saúde criem laços com essas famílias e assim possam conhecer melhor seus problemas e contextos sociais. Nessa lógica, pela estratégia de acesso e vínculos com profissionais, a AB é um excelente local para proporcionar cuidados em saúde mental. No entanto, muitos profissionais de saúde ainda apresentam receios e dúvidas acerca dessas práticas (BRASIL, 2013).

A AB engloba ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Seus serviços são ofertados por uma equipe multiprofissional que assume responsabilidade sanitária, atendendo de forma individual, familiar ou coletiva, sem qualquer tipo de exclusão, levando cuidado integral a populações em território delimitado (BRASIL, 2017).

A ESF é considerada a consolidação da atenção básica, e estratégia preferencial da atenção à saúde segundo os preceitos do SUS. É compreendida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

Segundo ainda o ministério da saúde, a ESF deve ofertar assistência integral e ações multiprofissionais em uma perspectiva interdisciplinar e contínua às famílias e comunidades em seu território, a partir do local onde vivem e se relacionam.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível do sistema de saúde que oferece a entrada para todos os outros níveis do sistema, é a abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. Assiste aos problemas mais comuns da população, ofertando serviços de prevenção, cura e reabilitação. Ela integra a atenção quando há diversos problemas de saúde e também organiza o uso de recursos básicos e especializados (STARFIELD, 2002).

Há três compreensões principais da APS: a APS como sendo atenção primária seletiva, ofertando serviços de baixo custo a populações e regiões mais pobres; a APS como o primeiro nível do sistema de atenção à saúde, funcionando como porta de entrada e estratégia de procedimentos mais simples; e a APS como artifício de organização do sistema de atenção à saúde, atuando como coordenadora da rede de atenção à saúde (MENDES, 2002).

Uma quarta interpretação surge a partir da compreensão de que a APS é capaz de conduzir a diminuição das disparidades em saúde, trazendo a APS na ótica de saúde e de direitos humanos que presume que os cuidados primários superaram as especificidades das doenças e que as políticas de desenvolvimento deveriam ser mais abrangentes, e apoiadas legalmente e economicamente para atingir melhorias na equidade em saúde (MENDES, 2002).

Já a saúde mental (SM) é de difícil definição, pois não se baseia apenas em um tipo de conhecimento como acontece na psiquiatria, e também não é exercida por apenas um profissional. A saúde mental é ampla, envolve de forma polissêmica um espectro de conhecimentos que estabelece uma dificuldade de delimitar suas fronteiras. A SM não pode ser reduzida ao estudo ou tratamento de doenças mentais. Até um tempo atrás, trabalhar com a saúde mental significava trabalhar com doenças mentais em hospícios ou manicômios. A saúde mental é um campo polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e coletividades (AMARANTE, 2007).



O trabalho comunitário e equipes de saúde mental, como consultores comunitários, identificando e intervindo em crises individuais, familiares e sociais, nasceram da Psiquiatria Preventiva proposta por Gerald Caplan que aborda o conceito de crise e assume a característica de uma proposta de saúde mental comunitária, daí deriva a semelhança do modelo assumido hoje pela política de saúde mental brasileira (AMARANTE, 2007).

O movimento de confronto à ditadura militar e experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial propeliu a atual política de saúde mental brasileira, esta foi também resultado das lutas de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios. Esse processo de mudança é expresso por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento mundial de lutas por transformações nas práticas de atenção ao sofrimento psíquico e mental que se desdobrou em experiências concretas em diversos países, desde mudanças nos manicômios e na sua lógica, até propostas de desospitalização e desinstitucionalização (COSTA-ROSA, 2013).

A psiquiatria preventiva proposta por Gerald Caplan foi transferida da medicina preventiva para a psiquiatria e poderia ser realizada em três níveis: prevenção primária, onde ocorre a intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, como condições etiológicas, que podem ser de origem individual e/ou do meio; prevenção secundária, a intervenção em busca da realização do diagnóstico e tratamento precoces da doença mental e a prevenção terciária, definida pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria (AMARANTE, 2007).

No Brasil, a saúde mental é representada pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que tem a finalidade de promover a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento

contínuo e da atenção às urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2018).

A RAPS é dividida por diferentes componentes (BRASIL, 2017):

- ✓ Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório de Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura;
- ✓ Atenção Psicossocial: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades;
- ✓ Atenção de Urgência e Emergência: SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro;
- ✓ Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento Adulto, Infanto-juvenil e Serviço de Atenção em Regime Residencial;
- ✓ Atenção Hospitalar: Leitos de psiquiatria em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência;
- ✓ Estratégia de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa;
- ✓ Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Cooperativas Sociais, Empreendimentos Solidários e Iniciativas de trabalho e Renda.

A Política Nacional de Saúde Mental visa superar as práticas hegemônicas e medicalizantes tão presente anteriormente, assim, as práticas de saúde mental na atenção primária devem ser substitutivas a esses modelos, direcionando para uma atenção ampliada e qualificada nos serviços dentro dos territórios (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, para uma melhor condução da SM dentro da APS, sugere-se um trabalho compartilhado que dê suporte às equipes da SF por meio do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental pelos profissionais do NASF (BRASIL, 2009).

O apoio matricial ou matriciamento é uma forma de produzir saúde através da construção compartilhada de duas ou mais equipes. Juntas, essas equipes geram uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2011).

Essa técnica assistencial visa superar a prática de encaminhamentos indiscriminados, favorecendo a clínica ampliada das equipes de Saúde da Família e corresponsabilização entre as equipes de SF e Saúde Mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários do território (BRASIL, 2009).

Nessa forma horizontal decorrente do processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes: equipe de referência, que dentro do SUS são as equipes de Estratégia de Saúde da Família, atuando de maneira integral e longitudinal e a equipe de apoio matricial é a equipe de saúde mental (BRASIL, 2011).

O apoio matricial e equipe de referência são meios para organizar o trabalho em saúde, pois criam possibilidades de diálogos e vínculos entre as diferentes profissões, realizando assim a clínica ampliada. A união das especialidades para resolução de um problema em saúde poderá atingir a integralidade do cuidado em saúde. Essa abordagem busca atingir uma maior eficiência e eficácia no trabalho em saúde, como também garantir a autonomia dos usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial em saúde mental às equipes de saúde da família, no âmbito da atenção primária, pode ser realizado através do trabalho compartilhado dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2010).

Os NASFs são formados por equipes multiprofissionais, que devem realizar seus atendimentos de maneira integrada, dando suporte aos profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e academia da saúde. O NASF pode ser vinculado a uma ou mais equipes de saúde e atua compartilhando habilidades e educação em saúde com essas equipes de sua área de atuação, intervindo diretamente no apoio matricial (BRASIL, 2013).

A promoção da saúde, território, acolhimento, vínculo, responsabilização, integralidade, intersetorialidade, multiprofissionalidade, organização da atenção à saúde em rede, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, participação da comunidade e promoção da cidadania dos usuários, são princípios fundamentais da atenção psicossocial para efetivação das ações de saúde mental na atenção básica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2018). Para o planejamento das ações é necessário que algumas diretrizes sejam consideradas (BRASIL, 2010):

**Quadro 1 - Saúde mental na Atenção Primária à Saúde – Diretrizes Gerais para a atuação das Equipes de Saúde**

1. Deve-se identificar, acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade – os pacientes devem ter acesso ao cuidado em saúde mental o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares.
2. Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social);
3. As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado;
4. É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar;
5. As redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre saúde mental e equipes de Saúde da Família;
6. O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial;
7. A educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária.

Fonte: BRASIL, 2010.

O matriciamento gera a construção de um projeto terapêutico integrado, contudo a integração entre equipe de referência e apoio deve seguir através das seguintes etapas (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.401):

- a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade;
- c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência.

É corrente que os encaminhamentos ocorram como forma de transferência de responsabilidades do cuidado para o especialista sem uma continuação da comunicação entre os profissionais. Mesmo a ESF atuando nos atendimentos em SM, é necessária uma articulação eficiente entre os níveis de atenção. A corresponsabilização e a coparticipação do cuidado representam um desafio entre generalistas e especialistas, e o apoio matricial pode superar isso (FORTES *et al.*, 2014).

Trabalhar com a clínica ampliada, sugere se integrar em um método que reconhece variações e complexidade dos fatos e recursos disponíveis para cada problema de saúde, seja ele individual, familiar ou coletivo (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O matriciamento tem característica clínica, estrutural e de educação permanente, pois se refere ao cuidado, a estruturação da rede de cuidados a partir contexto territorial, incluindo os equipamentos comunitários e da rede de saúde, e promove constantes trocas de conhecimento entre diversos profissionais respectivamente (FORTES *et al.*, 2014).

Assim, o matriciamento promove essa integração entre SM e APS. Essa articulação leva à integralidade, à promoção de saúde e da prevenção dos transtornos, ao trabalho com grupos, às ações interdisciplinares e intersetoriais. Essa abordagem não inclui apenas o modelo biomédico, mas se estrutura em uma abordagem biopsicossocial que atua sobre os determinantes sociais da saúde, ampliando o acesso e reduzindo os entraves no tratamento da saúde mental na APS (FORTES *et al.*, 2014).

### 3.2 USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

O clordiazepóxido foi o primeiro BZD, essa droga foi produzida por acaso em 1961, tendo sido resultado de uma reação não planejada nos laboratórios de Hoffman la Roche. Seus efeitos farmacológicos logo foram reconhecidos, tornando-se uma das substâncias mais prescritas nas décadas seguintes. Sua estrutura química consiste em um anel de sete membros fundido em um anel aromático. Milhares de compostos foram produzidos e cerca de 20 estão disponíveis para uso clínico (RANG *et al.*, 2004).

Os BZD atuam de modo seletivo nos receptores A do ácido gama-aminobutírico (GABA<sub>A</sub>), produzindo efeitos de redução da convulsão, melhora da ansiedade e agressão, age também na sedação e indução do sono, reduz o tônus muscular e coordenação motora e também possui efeito de amnésia anterógrada (bloqueio da memória de eventos já experimentados quando está sob uso dessa medicação). Os BZD apresentam como principais efeitos não desejáveis a tolerância e a dependência. A tolerância está associada ao aumento gradativo da dose para se conseguir o efeito necessário, e a dependência, seu principal prejuízo, causa um aumento nos sintomas da ansiedade, juntamente com tremor e tontura quando o tratamento com BZD é interrompido após semanas ou meses de uso (RANG *et al*, 2004).

Os BZD são drogas psicotrópicas que atuam no sistema nervoso central causando alterações de humor, comportamento e cognição, podendo levar à dependência. Dentre os psicotrópicos, os BZD são drogas depressoras do sistema nervoso central, e atuam diminuindo sua atividade fazendo com que esse sistema trabalhe de maneira mais devagar gerando sintomas de sonolência, lentificação psicomotora, entre outros sintomas (CARLINI, 1994).

Essas medicações ganharam cada vez mais espaço para diversos tratamentos no campo da psiquiatria e no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Portaria nº 344/98 é o setor que realiza a o controle e vigilância do uso dessa droga, a mesma deve ser prescrita apenas em notificação de receita tipo “B”, com validade de 30 dias e quantidade para o tratamento correspondente no máximo a 60 (sessenta) dias (BRASIL, 1998).

A literatura mostra principalmente pesquisas sobre o perfil dos usuários de BZD, onde as chances de desenvolver dependência aumenta na presença de alguns fatores de risco como: idosos, poliusuários de drogas, uso para melhora do estresse ou pacientes com outros distúrbios psiquiátricos (WANDERLEY; CAVALVANTI; SANTOS, 2013).

Vale ressaltar que se um BZD não foi bem indicado, e estiver sendo utilizado apenas para aliviar situações emocionais não resolvidas, para conflitos pontuais ou mesmo para uma condição diferente da vida, quando essa droga for retirada, toda a situação anterior que a pessoa se encontrava virá à tona, e isso não

pode ser confundido com dependência ou síndrome de abstinência (FORSAN, 2010).

A falta de diagnóstico preciso pode levar os pacientes à intensa procura nos serviços de saúde por BZD, levando a um aumento considerável da demanda e o excesso de diagnósticos está associado ao consumo elevado de psicofármacos (LIMA et al., 2008).

Estudos sobre o uso abusivo de psicofármacos na ESF, indicou que a maior parte do público que faz uso abusivo dessas medicações frequentam por mais vezes a UBS. Esse uso abusivo aumenta com o avançar da idade dos usuários, a maioria dos pacientes não são portadores de transtorno mental que justifique o uso das medicações, logo não apresentam necessidade do seu uso, os pacientes têm acesso mensal aos profissionais da saúde, pois possuem outras doenças crônicas (hipertensão e diabetes), ficando mais fácil pedir as prescrições de psicotrópicos juntamente com os medicamentos para tratar suas doenças de base (MOURA *et al.*, 2016).

O uso abusivo é mais comum em pacientes do sexo feminino, que apresenta baixa escolaridade, estão desempregados e uso mais prevalente em consultas na APS. A pesquisa mostrou também que os psicotrópicos com uso mais indiscriminado são os ansiolíticos, seguidos pelos antidepressivos (MOURA *et al.*, 2016).

Pesquisas sobre a prescrição de BZD por clínicos gerais na atenção primária mostraram que seus prescritores são homens, médicos generalistas e de formação mais antiga. Essa revisão integrativa apontou que por um ou outro motivo as prescrições são realizadas de maneiras inadequadas, e, esporadicamente acompanhadas com orientações sobre o tempo do tratamento e que o momento insuficiente da consulta os impedem de realizar tratamentos alternativos, levando à prescrição do BZD (NORDON; HUBNER, 2009).

Além disso, para manter um bom relacionamento com o paciente, o BZD também é mais facilmente prescrito. O grande número de prescrições está relacionado aos clínicos não considerarem o quantitativo de seus pacientes e dos efeitos colaterais dessas drogas (NORDON; HUBNER, 2009).

Desde o século passado, ficou mais claro que os seres humanos não estavam aptos a experimentarem a solidão. O individualismo, somado com

problemas socioeconômicos, têm trazido um preço alto para a saúde da população. As relações humanas necessitam ser priorizadas para que as drogas, lícitas ou não, sejam menos consumidas pelas populações. Mas infelizmente, os detentores do “poder” ainda não perceberam isso (FORSAN, 2010).

A melhor indicação para os Benzodiazepínicos é para os casos onde a ansiedade não faça parte da personalidade do paciente, ou seja, para os casos onde a ansiedade tiver um início bem delimitado no tempo e uma causa bem definida. Naturalmente podemos nos valer dos Benzodiazepínicos como coadjuvantes do tratamento psiquiátrico, quando a causa básica da ansiedade ainda não estiver sendo prontamente resolvida. No caso, por exemplo, de um paciente deprimido e, conseqüentemente ansioso, os Benzodiazepínicos podem ser úteis enquanto o tratamento antidepressivo não estiver exercendo o efeito desejável. Trata-se, neste caso, de uma associação medicamentosa provisória e benéfica ao paciente. Entretanto, com a progressiva melhora do quadro depressivo não haverá mais razões clínicas para a continuação dos Benzodiazepínicos e/ou ansiolíticos (FORSAN, 2010, p.17).

As últimas décadas foram caracterizadas por transformações agitadas da humanidade. A diminuição da tolerância com os problemas diários e o constante crescimento do mercado de novas drogas, propaganda pela indústria farmacêutica e prescrições inadequadas, podem ser fatores para essa busca por BZD (AUCHEWSKI *et al.*, 2004).

Mesmo com a melhoria do acesso à informação e saúde, muitos indivíduos estão inseridos em péssimas condições de vida e de trabalho. Então a compreensão do ser humano deve ser além do foco do ser apenas biológico, essa redução impede a investigação dos contextos sociopolíticos que muitas doenças podem estar relacionadas (MONCRIEFF, 2006).

### 3.3 ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PARA REDUÇÃO DO USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS

Foi realizado um estudo de revisão de literatura na busca de artigos com estratégias ou ferramentas para diminuição do uso de BZD.

Estudo realizado no Canadá, abordou uso de folhetos informativos que incluíram verdadeiras e falsas perguntas sobre os malefícios dos BZD, alterações no metabolismo de drogas com a idade, sugestões para terapias não medicamentosas, alternativas para ansiedade e insônia entre outras informações. O estudo avaliou o efeito dessa intervenção educativa direta ao consumidor com a descontinuação de



BZD. A ferramenta pode ser usada em cuidados de clínicas primárias para usuários BZD crônicos que são candidatos à desmame dessa droga (MARTIN; TANNENBAUM, 2017).

Outro estudo utilizou uma ferramenta educativa elaborada pelo farmacêutico, destinada a capacitar pacientes e prescritores em uma abordagem em duas frentes para reduzir as prescrições inapropriadas, o método atingiu uma redução de 27% do uso inapropriado de benzodiazepínicos no seguimento de 6 meses, a prática requer uma abordagem coordenada visando médicos, farmacêuticos e pacientes (MARTIN *et al.*, 2015).

Foi apreendido também sobre a eficácia de uma intervenção que envolveu prática educativa através de 2 horas de workshop sobre descontinuidade de BZD para médicos clínicos gerais, com redução individualizada dos pacientes da dose escalonada. Os pacientes distribuídos nesse grupo, foram agendados para consultas de acompanhamento com seus médicos clínicos a cada 2-3 semanas até o fim do período de redução da dose e receberam por escrito instruções da redução gradual da dose, isso contribuiu para melhorar a qualidade do sono entre outras informações (VICENS *et al.*, 2016).

Em uma pesquisa brasileira, as ações para diminuição dos BZD foi por meio de um plano de ação orientado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), onde foram eleitos os nós críticos, e traçadas estratégias de enfrentamento, dentre elas: proporcionar aos usuários informações sobre saúde mental, reestruturação da agenda, capacitação de profissionais, organização de fluxos, referências e contra referências e também criar estratégias de comunicação (COELHO, 2015).

A elaboração de uma intervenção semelhante a anterior e também brasileira, percebeu que os nós críticos estavam relacionados a estresse, pouca abordagem educativa com a população e dependência dos psicotrópicos. Optou-se para o uso de oficinas de atividade física e de educação em saúde, uso de material impresso, oficinas sobre sono e bem-estar, entre outras (LIMA, 2017).

No interior de Minas Gerais a intervenção envolveu também a construção de estratégias a partir do PES, onde dentre as operações a serem executadas destacou-se: promover educação para adultos jovens e assim melhorar o nível intelectual acerca do uso de psicofármacos; visitas domiciliares periódicas realizadas

pela equipe multiprofissional para perceber mudanças do estilo de vida dos pacientes; acompanhamento de idosos que moram sozinhos e construção de abrigo para idosos solitários; e firmar parcerias com educação e assistência social (VIART, 2015).

Quantificar apenas o número de prescrições de BZD é uma problemática. Estudos que pensem, além da quantificação de prescrição e que usem também determinantes psicológicos de prescrição, são raros na literatura. A eficácia de um “e-módulo” foi avaliada pelo seu impacto sobre os determinantes psicológicos (atitudes, percepções e crenças de auto eficácia) de clínicos recém-formados na Bélgica. A intervenção centrou-se em evitar prescrições iniciais de BZD, usando intervenções psicológicas como uma alternativa para postergar o início da droga (CREUPELANDT *et al.*, 2017).

Parcerias foram constituídas entre profissionais de saúde que trabalham numa unidade de saúde da família no interior do Rio de Janeiro para participarem de um projeto de intervenção para redução do uso de BZD. Foram estabelecidas parcerias com profissionais do NASF e com a equipe de matriciamento em saúde mental do município, para a participação do psiquiatra do programa na unidade. Foram também realizadas abordagens como a criação de um grupo de discussão para esclarecer sobre os riscos à saúde decorrentes do uso indiscriminado dessas medicações e orientar os usuários que desejavam diminuir ou interromper o uso. Através desse acompanhamento, a equipe espera que o número de prescrições diminua e que os indivíduos possam buscar outros tratamentos alternativos além dos farmacológicos (PACHECO, 2016).

Práticas educativas sobre o uso de BZD também foram estratégias para o enfrentamento da problemática do seu uso no interior de Minas Gerais. O plano propôs as seguintes medidas: grupos de apoio para usuários de BZD, com duas reuniões bimestrais para quem desejava informações para interromper o uso e orientações quanto ao desmame; cartazes lúdicos e folhetos anexados nas receitas, alertando sobre os malefícios desses medicamentos; orientações aos pacientes durante a renovação de receitas quanto aos efeitos adversos dos BZD, prazos e interrupções do seu uso; grupos de apoio multidisciplinar com ajuda do NASF para pacientes que utilizam ou desejam interromper o uso de BZD (CARVALHO, 2017).

Na literatura, ainda são poucos os estudos com estratégias ou experiências exitosas para redução do uso indiscriminado de BZD, uma vez que os estudos requerem um longo tempo para as percepções ou conclusões da queda do uso. Algumas dessas pesquisas encontradas não trazem em seu conteúdo a execução das intervenções a partir de estratégias educativas para diminuição do uso indiscriminado de BZD e sim as metas, planos ou projetos em prol da melhoria do uso.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi de abordagem qualitativa do tipo pesquisa ação.

Na abordagem qualitativa, a pesquisa tem o ambiente como fonte direta dos dados. O pesquisador mantém contato direto com o ambiente e o objeto de estudo em questão, necessitando de um trabalho mais intensivo de campo. Preocupa-se muito mais com o processo do que com o produto. Na análise dos dados coletados, não há preocupação em comprovar hipóteses previamente estabelecidas, porém estas não eliminam a existência de um quadro teórico que direcione a coleta, a análise e a interpretação dos dados. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 70).

A pesquisa-ação foi o método mais adequado para atingir o objetivo deste estudo. Na pesquisa-ação, a palavra pesquisa se refere à produção do conhecimento e a palavra ação, a uma mudança intencional de uma dada realidade (OQUIST, 1978).

O método da pesquisa-ação consiste em construir estratégias para fortalecimento de ações desenvolvidas, valorizando diferentes saberes dos atores e pesquisadores envolvidos, apontando meios para resolução de problemas encontrados a partir de informações da realidade (INFANTE; NUNES, 1996).

Assim o objetivo da metodologia da pesquisa-ação é conduzir para a solução de problemas, recolhendo orientações das ações para mudança da realidade a partir da troca de conhecimento entre profissionais e pesquisadores. O produto da pesquisa-ação é oriundo da troca de saberes dos atores envolvidos (INFANTE; NUNES, 1996).

A pesquisa-ação possibilitou que participantes e pesquisadores encontrassem meios para conseguirem responder aos problemas que vivenciam com maior efetividade e com base em uma ação transformadora. Ela facilita a busca de soluções de problemas por parte dos participantes (THIOLLENT, 2011).

A diferença entre a pesquisa-ação e as formas convencionais de pesquisar está nos objetivos da mesma, que é melhorar e envolver para produzir mudanças. Melhorar a prática dos participantes, o conhecimento, e a circunstância onde se produz a prática. Envolver assegurando a participação de todos, a organização democrática da ação e o compromisso de todos com a mudança. Logo,

é imprescindível que haja a participação das pessoas que vivenciam o problema e que serão afetadas pelos resultados da ação (RICHARDSON, 2003)

Ou seja, a pesquisa-ação é “aprender fazendo” e deve ser utilizada para situações ou problemas reais, envolvendo um diálogo estreito e aberto com os participantes, essa pesquisa pode ser escolhida também quando a situação aceita flexibilidade (O'BRIEN, 1998).

Dessa maneira, a pesquisa-ação não é apenas para uma investigação dos dados, pois permite que os pesquisadores colaborem de forma ativa, desenvolvendo funções realidade dos fatos encontrados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

É inconveniente subdividir o saber, fracionar as disciplinas e os problemas. Assim, quanto mais os problemas se tornam multidimensionais, menos são pensados enquanto tais, é preciso agrupar saberes para buscar a compreensão do todo, conectar uma informação ao seu contexto, de modo que o todo organizado produza qualidades e propriedades que isoladamente seriam inexistentes. A complementaridade é essencial para se compreender o sistema (MORIN, 2006).

A fragmentação das ofertas dos serviços de saúde conduzem os profissionais às dificuldades de trabalhar com integralidade. Assim, é comum a intensa procura por consultas, exames e medicamentos pela sociedade em geral, alimentando uma heteronomia curativa para qualquer tipo de desconforto. Tudo isso dificulta o acesso ao cuidado com equidade, gerando necessidade sintética de cuidados. A integralidade deve ser atrelada a uma reorganização racionalizadora desse cuidado, tanto nas práticas quanto na organização dos serviços (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2010, p. 80).

## 4.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Catarina-CE, distante 394 km da capital cearense e com 18.745 habitantes (IBGE, 2014).

O município de Catarina situa-se na microrregião do Sertão dos Inhamuns na parte extrema do centro sul cearense, tendo como via de acesso a CE 277 e CE 381; fica a 6° 07' 39" de latitude e 39° 52' 39" de longitude. É banhada na parte sul pelo Rio Jaguaribe onde faz divisa com o município de Aiuaba; ao norte faz divisa com o

município de Acopiara; a oeste com o município de Arneiroz e ao leste com o município de Saboeiro (ANDRADE, 2007).

Tem uma área de 486,86km<sup>2</sup> e está a uma altitude média de 580m. Sua densidade demográfica é de 38,50 hab/Km<sup>2</sup>. Está encravado em uma serra isolada, como se fosse um braço perdido da Serra Grande. Não tem aquela fertilidade, nem permanece verde a maior parte do tempo, como a Serra do Araripe, Ibiapaba ou Baturité, porque é uma Serra do semiárido, situada na parte mais seca do sertão nordestino. Mas o clima é agradável o ano todo, com média máxima de 35 graus e mínima de 25 graus, chegando a fazer frio entre os meses de abril a julho, se mantendo a temperatura em torno de 22 graus (ANDRADE, 2007).

A economia do município é baseada na agropecuária, com 17,4%; indústria 14,4% comércio e serviços com 68,2%. Possui uma estrutura de ruas pavimentadas com paralelepípedos, em cerca de 80% de suas vias. Hoje é abastecida com água que vem por uma adutora de 19 km, da barragem Rivaldo de Carvalho, é 80% saneada com rede de esgoto e tratamento executado pela CAGECE (ANDRADE, 2007).

Catarina faz parte da 18<sup>a</sup> microrregião de saúde, e possui uma infraestrutura de saúde da seguinte forma, atenção básica: 7 equipes de ESF (4 na sede e 3 na zona rural); 7 equipes de saúde bucal; e uma equipe NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) de tipo 1 (CNES, 2018). O município apresenta 100% de cobertura da saúde da família.

Tem como suporte na atenção secundária: um hospital de pequeno porte com centro cirúrgico para cirurgias eletivas, raio X, exames de ultrassonografia e exames laboratoriais; um CAPS do tipo 1; um Centro de Especialidades Odontológicas. A cidade possui também a CAF (Central de Assistência Farmacêutica), onde são distribuídos os medicamentos de controle especial, medicações de alto custo. Na rede privada o município possui 3 laboratórios de exames, neles alguns profissionais especialistas realizam consultas mensais e 3 clínicas odontológicas.

O estudo foi realizado neste município por ser o local onde a pesquisadora trabalhou por muitos anos na ESF. Foi realizado na área da sede e justifica-se pela acessibilidade e transporte da pesquisadora, bem como, maior envolvimento com territórios e equipes que já trabalhou, além de ser o local onde

anteriormente conforme já mencionado, a pesquisadora desenvolveu o estudo sobre o perfil epidemiológico e assistencial dos pacientes que usavam BZD. Com os resultados da pesquisa, surgiram o desejo e a necessidade de intervir no uso indiscriminado de BZD neste município.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Nesse estudo os sujeitos da pesquisa serão denominados de participantes e as expressões “trabalhadores da saúde”, como também “profissionais de saúde” serão sinônimos, estes farão referência à diversidade de pessoas que atuam nos serviços de saúde com diferentes graus de escolaridade.

Assim, os participantes do estudo foram trabalhadores da saúde atuantes na atenção primária e secundária do município de Catarina-CE que direta ou indiretamente contribuem com cuidado de pacientes que usam BZD e gestores da saúde. Foram convidados 31 participantes, desses, 23 participaram do estudo, ora nas entrevistas, ora nas oficinas, ora nos dois, representando um percentual 74,1% de participação. Foram convidados trabalhadores de diversos setores da rede com o intuito de garantir uma maior integração. Conforme quadros 2, 3, 4 e 5.

**Quadro 2 – Descrição dos trabalhadores participantes que atuam na ESF de Catarina-CE**

ESF	ENFERMEIRO	MÉDICO	ACS	ATENDENTE
ESF I	01	01	01	01
ESF II	01	00	01	01
ESF III	01	01	01	-
ESF- LAGOINHA	01	01	01	-
<b>TOTAL</b>	04	03	04	02

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 3 – Descrição dos profissionais participantes do NASF de Catarina-CE**

NASF	ASSISTENTE SOCIAL	EDUCADOR FÍSICO	PSICÓLOGA
	02	02	01

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 4 – Descrição dos profissionais participantes do CAPS de Catarina-CE**

CAPS	ENFERMEIRA	COORDENADORA
	01	01

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 5 – Descrição dos profissionais que atuam na gestão da saúde de Catarina-CE**

LOCAIS	SECRETARIA DE SAÚDE	VIGILÂNCIA SANITÁRIA	CENTRAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Quantidade de	01	01	01

Fonte: Elaborado pela autora.

Os participantes podem ser caracterizados da seguinte forma: treze atuam na ESF, cinco no NASF, duas pessoas no CAPS e três na gestão. Desses, cinco eram do sexo masculino e dezoito do sexo feminino. Entre as profissões, 9 categorias de trabalhadores distintas participaram, sendo: enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, recepcionista, farmacêutica, assistente social, fisioterapeuta, psicóloga e educador físico.

A entrevista foi realizada apenas com trabalhadores que atuavam na ESF (médicos, ACS e enfermeiros), e o tempo médio de atuação desses profissionais foi de 10 anos, sendo 1 ano e 9 meses o menor período e 28 anos o maior período de atuação. Importante frisar que não houve recusa para participar das entrevistas, dos 12 profissionais previstos, 10 participaram da entrevista, 2 profissionais encontravam-se desligados do município no momento da coleta, ou seja, 83,33% participaram da entrevista.

Para o desenvolvimento da pesquisa, esperava-se que participasse pelo menos metade dos profissionais convidados. A inclusão dos coordenadores, pessoas da gestão, profissionais do NASF e CAPS, justificou-se, pois o planejamento das ações foi integrado entre atenção básica e atenção secundária. A complexidade do uso de BZD, principalmente em cidade de pequeno porte onde a maioria dos moradores possuem vínculos familiares ou de amigos com pessoas que indiretamente realizam algum manejo dessas drogas, trazem desafios não apenas para os profissionais da ESF, mas também para toda rede de atenção de saúde.



Vale ressaltar que durante o processo, trabalhadores da zona rural (1 médica, 3 enfermeiros e 2 ACS), anteriormente não convidados, também se envolveram com o movimento da pesquisa e expressaram o desejo de participar da segunda oficina, trazendo trocas e contribuições válidas. Infelizmente não foi enviado representante do hospital, e o mesmo também encontrava-se em obras.

Como critérios de inclusão foram: trabalhadores que integravam as equipes de saúde da família, profissionais CAPS, NASF, Secretária de Saúde e alguns coordenadores da saúde do município que aceitaram participar da pesquisa. E excluídos profissionais que encontravam-se de licença, afastados, de férias ou com desvio de função e também os que não conseguiram comparecer às atividades das oficinas.

Para preservar a identidade dos participantes, as falas foram caracterizadas no decorrer das análises de (P) relacionado a falas durante as oficinas e (E) nas entrevistas.

A união dos saberes foi essencial para a intervenção do uso indiscriminado de BZD. O enredamento leva à construção do conhecimento na saúde, para a prática de inter-relacionamentos, interdisciplinaridade e comunicação, unindo compreensão e educação das diversas áreas. Leva a um processo de reflexão-ação-reflexão, um contínuo, construir, desconstruir e reconstruir, que pode gerar progresso e renovação das práticas profissionais (MEIRELLES; ERDMANN, 2006).

Foram explicados aos participantes os objetivos do estudo antes de cada entrevista, como também no primeiro e segundo encontro das oficinas, em seguida, com os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e que demonstraram interesse e compromisso em seguir as etapas de planejamento, ação e execução foram convidados a assinar o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" (APÊNDICE D).

#### 4.4 DESENHO DO ESTUDO

O planejamento da pesquisa-ação é bastante flexível e não segue uma ordem fixa de fases. Assim, suas fases seguem uma ordem somente parcialmente no tempo, pois são marcadas por constantes oscilações de acordo com a dinâmica e interação interna do grupo (THIOLLENT, 2011).

Para alcançar os objetivos da pesquisa, foram utilizados dados do perfil epidemiológico e assistencial do estudo de Duarte, (2017), entrevistas e participação ativa da pesquisadora e dos atores envolvidos neste estudo.

A pesquisa-ação segundo a ideia de Susman e Evered (1978), adaptada por (RICHARDSON, 2003), consistiu em seguir um ciclo entre 4 etapas: diagnóstico, ação, avaliação e reflexão.

- ✓ **Diagnóstico:** é definido o problema, suas etapas diversas de solução, bem como acontece também a produção de conhecimento e localização dos participantes da pesquisa. Para iniciar o processo de mudança é necessário captar o saber e o agir dos participantes nesta fase. É realizado também nesta etapa o planejamento das ações, onde acontece a análise das possíveis intervenções que levam à melhoria do problema. Seu objetivo é produzir um acordo, mesmo que ainda não seja um acordo total. É necessária a compreensão do grupo sobre os interesses, objetivos e empecilhos para execução das atividades, combinando meios de superação. O produto desta etapa, pode ser um guia para as ações;
- ✓ **Ação:** caracteriza-se pelo agir de fato. Deve-se envolver os participantes, realizar reuniões para incentivar o engajamento no projeto, formar grupos. O pesquisador deve proporcionar um ambiente de confiança e conscientizá-los para a importância da corresponsabilidade;
- ✓ **Avaliação:** aqui agrega o processo aos resultados obtidos. Nesta etapa deve-se refletir acerca do cumprimento ou não dos objetivos traçados, quais foram os erros, acertos e limitações. Discutem-se os contrastes e as modificações que foram produzidas.
- ✓ **Reflexão:** ocorre a avaliação do conhecimento dos participantes e os resultados teóricos. Aqui, o grupo deve fazer uma reflexão do processo como um todo, analisando possíveis dificuldades e avanços, comunicação e também de entrosamento com o pesquisador. Essa fase é o momento de compartilhar publicamente o que foi compreendido, analisando as convergências de uma forma geral. No final desta etapa, o grupo deve realizar a síntese das interpretações e expor para a comunidade, daí surgirão novas discussões e novas ações.

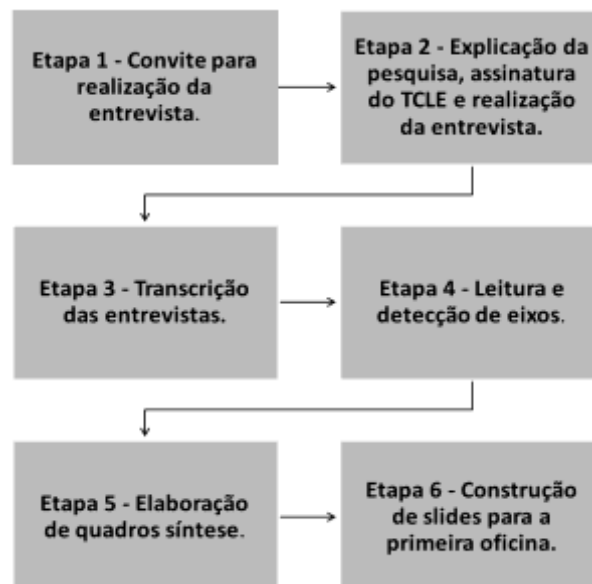
#### 4.4.1 Operacionalização da pesquisa-ação

Apreendeu-se a partir da leitura que a reflexão ocorreu em todas as etapas, considerando a necessidade de analisar e refletir para as organizações e tomadas de decisões, assim, esta pesquisa seguiu as 4 etapas descritas por (RICHARDSON, 2003), porém a etapa de reflexão aconteceu entrelaçadamente em cada uma dessas, segue abaixo então a descrição de diagnóstico, ação e avaliação.

##### 1ª Etapa: diagnóstico

Foi realizada a explicação da pesquisa e aplicada uma entrevista (APÊNDICE A) com os 10 profissionais (ACS, enfermeiros e médicos) das ESFs. Os atendentes não participaram desta primeira fase, pois as perguntas eram direcionadas às práticas desses trabalhadores mencionados. A pesquisadora realizou a transcrição, síntese e análise dessas entrevistas. Essa análise foi de cunho diagnóstico, onde foram detectados eixos gerais a partir das falas, interpretados pela pesquisadora como empecilhos, potencialidades e também meios de remodelar o manejo dos BZD, isso levou à construção e ao planejamento da primeira oficina. Usando o programa de computador power point, foi elaborada uma apresentação dialogando o perfil epidemiológico de Duarte, (2017) com a síntese da análise das entrevistas.

**Figura 1 - Fluxograma da etapa de diagnóstico**



Fonte: Elaborado pela autora.

## 2ª Etapa: Ação

Essa etapa aconteceu em dois momentos: primeira e segunda oficina. Essas ocorreram com os participantes das entrevistas e com outros trabalhadores da rede, visando aprofundar as discussões acerca da temática e dando também suporte às oficinas.

A **primeira oficina** da pesquisa que teve como tema “USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NO MUNICÍPIO DE CATARINA-CE: COMO REORGANIZAR ESSE SERVIÇO? Foi realizada uma exposição dialogada com todos os participantes. Estiveram presentes profissionais da ESF (2 médicos, 4 enfermeiras, e 3 ACS), 2 recepcionistas da ESF, profissionais do NASF (1 psicóloga, 2 assistentes sociais e 1 educador físico), profissionais do CAPS (coordenadora e enfermeira), profissionais que atuam na gestão da saúde do município (1 coordenadora da CAF, 1 coordenadora da vigilância sanitária e secretária de saúde). Um total de 20 participantes que integram a rede de saúde municipal.

No primeiro momento da oficina os participantes foram acolhidos com chocolate, música e também um vídeo que demonstrava a importância da união de forças e saberes para a resolução de um problema. Em seguida, foi realizada a explicação da pesquisa e seus objetivos, como também a leitura e solicitação da assinatura do TCLE pelos participantes. Após esse momento foi realizada a exposição construída, dialogando com a experiência dos diversos participantes, o que gerou inquietações e reflexões a partir do perfil de uso indiscriminado como também das expressões de dificuldades no manejo dos profissionais.

Após isso, houve uma pausa para o lanche e em seguida a atividade foi retomada com a divisão de dois grandes grupos denominados de grupo 1 e grupo 2 que foram heterogêneos (diversidade de categorias e setores da rede) e com a seguinte pergunta disparadora do debate para construção de caminhos viáveis de reorganização desse serviço: “O que fazer para reorganizar a atenção à saúde de usuários de benzodiazepínicos no município de Catarina?”

Os grupos discutiram e em papel cartolina escreveram propostas para a reorganização da atenção de pacientes em uso de BZD no município. Cada grupo escolheu o seu representante que apresentou as propostas para os demais. Nesse momento, foi aberto também para aprovação e realinhamento de propostas iguais ou

parecidas ao outro grupo que ainda não havia apresentado, para juntos consolidarem um conjunto de propostas, produto desta oficina.

Antes de finalizar, em algumas propostas ou atribuições, os participantes e a pesquisadora já se tornaram corresponsáveis para execução das mesmas, firmando assim um compromisso. Ficou acordado também que algumas decisões, consolidadas e agendas, seriam por meio do aplicativo WhatsApp.

Foram apreendidas diversas necessidades, algumas delas com realização a longo prazo e outras a curto prazo, como a construção de um cartão-controle municipal para psicotrópicos e também a formação para os profissionais se tornarem capacitados a intervir na problemática.

Nas discussões dessa etapa, a psicóloga se dispôs a executar juntamente com a pesquisadora essa formação, a qual foi efetivada na segunda oficina, caracterizada como segunda etapa desta pesquisa.

Ficou acordado também, que o segundo momento seria novamente com todos os profissionais juntos para avaliar o que foi ou não viável executar. Foi utilizada a técnica de coleta de informações (através do relatório de oficina) sugerido pelo autor (RICHARDSON, 2003), como também gravações e fotos.

A **segunda oficina** e última, que teve como tema: “SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONSTRUÍNDO E PACTUANDO INTERVENÇÕES”. Nesta etapa, a pesquisadora recorreu a literatura para aprofundamento na temática dos BZD, numa perspectiva de formação para profissionais da rede de saúde que não fosse propriamente sobre a prescrição ou farmacologia dessas drogas, mas outras alternativas de tratamento que envolvessem todos os profissionais de saúde.

Foi então ofertado suporte e realizado estudo como também pactuações prévias com a psicóloga que se dispôs a facilitar essa formação. Assim, a segunda oficina foi avaliativa e formativa. O primeiro momento, definido como avaliativo, teve um retorno das propostas que foram dadas seguimento ou não pelos participantes da primeira etapa.

No segundo momento, definido como formativo, a psicóloga realizou uma exposição dialogada com a ajuda de slides no programa power point, em seguida, pesquisadora e psicóloga dividiram os participantes em trios e distribuíram textos de intervenções em saúde mental na atenção primária a partir do Guia Prático de

Matriciamento em Saúde Mental (BRASIL, 2011; ASSIST-OMS; BRASIL, 2016; GONÇALVES et al., 2009).

Então, foi disponibilizado tempo para que os textos fossem discutidos pelos trios e em seguida representantes escolhidos por eles explicaram ou exemplificaram cada tipo de terapia. Foi ofertado lanche, e em seguida abertas discussões sobre a aplicabilidade dessas terapias na ESF na melhoria da problemática do uso indiscriminado de BZD. Houve discussões das pactuações, como por exemplo a criação de espaço na agenda para saúde mental e efetivação dessas técnicas apreendidas.

A pesquisadora finalizou, agradecendo e pedindo o compromisso de todos no seguimento das atividades acordadas, como também na multiplicação da formação para profissionais que não puderam comparecer ao momento. Estiveram presentes 20 profissionais sendo, 2 educadores físicos, 1 psicóloga, 2 assistentes sociais, 1 farmacêutica, 6 enfermeiros da ESF, 1 enfermeira do CAPS, 1 coordenadora do CAPS, 4 ACS e 2 médicas da ESF. Nesta etapa foi utilizada a técnica de coleta de informações (Resumos de aprendizagem, anotações feitas pela pesquisadora, documentos elaborados pelo grupo e relatórios de oficina).

### **3ª etapa: Avaliação**

Ocorreu inerente a realização de cada etapa, ou seja, avaliação do processo, dos resultados e dos aprendizados. A avaliação ocorreu por meio da análise perfil epidemiológico de Duarte, (2017), entrevistas, análise das entrevistas, elaboração e execução das oficinas, como também na escrita.

Foi feita síntese das análises das entrevistas, na primeira oficina realizou-se apresentação com cartazes com o que foi apreendido e com propostas de ação. Isso teve o intuito de sistematizar a oficina, além de avaliar o conhecimento dos participantes dentro do processo. Cada proposta vem constituída de reflexões discutidas e também de conhecimento gerado.

Como escrito anteriormente na segunda etapa, o primeiro momento da segunda oficina foi avaliativo. A partir da síntese das propostas criadas pelo próprio grupo foram discutidos os pontos que não foram conseguidos executar, e as possibilidades de execução. Porém, após a formação, alguns desses pontos se tornaram acessíveis para realização dos profissionais. Ao finalizar a formação cada

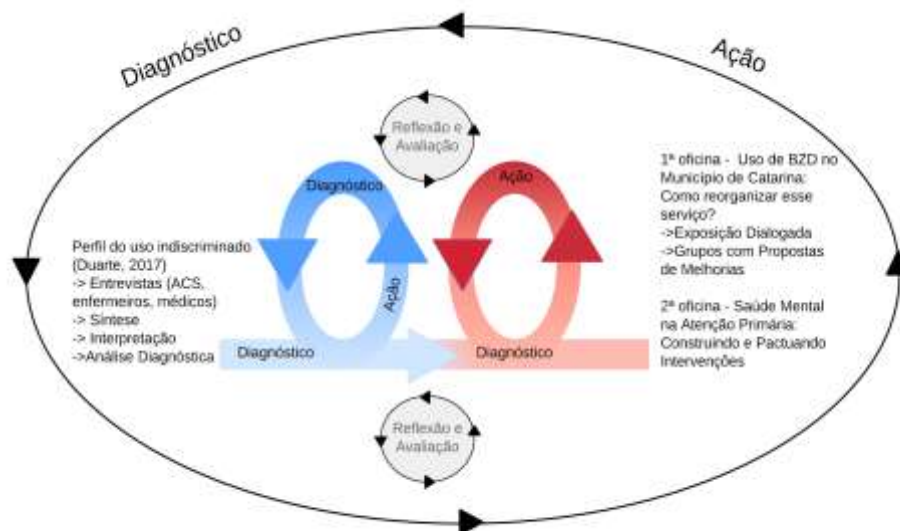
grupo fez síntese dos textos distribuídos, como também apresentações dos mesmos.

Durante a escrita, percebeu-se a dificuldade de denominar ou destacar uma etapa avaliativa propriamente dita. Numa visão geral, a pesquisa ocorreu em duas etapas: diagnóstico/planejamento e ação. A reflexão e avaliação ocorrem inseparavelmente a essas, pois como o estudo acontece em espiral, um vai e volta de realizações, reflexões, retomadas, sucessos e dificuldades a cada etapa, ou a cada atividade, precisa-se sempre avaliar, refletir ou mesmo refletir e avaliar para caminhar até a próxima etapa.

Os caminhos percorridos na pesquisa-ação não são tão organizados como na espiral de ciclos de planejamento, ação, observação e reflexão. As etapas sobrepõem-se, e se misturam ao ponto que os delineamentos iniciais de planejamento se tornam retrógrados à luz do conhecimento e da experiência que participantes e pesquisadores obtêm devido às reflexões (IBIAPINA; BANDEIRA; ARAÚJO, 2016).

Segue um desenho para melhor expressar essas etapas:

**Figura 2 – Etapas da pesquisa-ação**



Fonte: Elaborado pela autora a partir da ideia de Richardson (2003) apud Susman e Evered (1978).

Para melhor compreensão de como aconteceram as etapas, segue o quadro abaixo.

**Quadro 6 - Exemplificação das etapas**

	<b>Diagnóstico</b>	<b>Ação</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Participantes</b>	ACS, enfermeiros e médicos	Todos os participantes.	Todos os participantes
<b>Técnica utilizada</b>	Entrevista; dados da pesquisa anterior; análise das entrevistas e planejamento da 1ª oficina.	Oficinas e Coleta de informações	Oficina e coleta de informações (através de cartazes e apresentações)
<b>Objetivo da etapa</b>	Compreensão da problemática; Análise da realidade em questão.	Reflexão da problemática; planejamento integrado de ações; corresponsabilidade e Formação dos profissionais.	Apreensão das mudanças, conhecimentos, e técnicas para um manejo adequado dos usuários de BZD.

Fonte: Elaborado pela autora.

A construção do plano de ação deve abranger quem são os atores ou os setores de intervenção, como acontece a relação entre os atores e as instituições, quem toma as decisões, quais são os objetivos da ação e os critérios de sua avaliação, como dar o seguimento da ação frente às dificuldades, como garantir a participação da população e como controlar o processo e avaliar os resultados (THIOLLENT, 2011).

As principais técnicas utilizadas foram as entrevistas individuais (APÊNDICE A), oficinas e observação participante. Na entrevista individual o pesquisador busca a partir das falas de atores sociais captar informações para entender uma determinada realidade ou situação em que os mesmos então envolvidos e que está sendo estudada (MINAYO, 2001).



A escolha pelo método de oficina foi devido ao fato de ser um lugar de consertos, reparos, criatividade, descobertas, lugar de vida, trabalho, transformação, processo de montagem e de construção. A oficina constitui-se num espaço privilegiado de criação e de descobertas. Em uma oficina, processo e produto integram-se em um processo reflexivo. A oficina não pretende alcançar um objetivo “de qualquer forma”; preocupa-se, pelo contrário, com a adequação e a sequência dos passos a serem dados para que se chegue àquele mesmo objetivo (BRASIL, 2016).

A coleta de informações das oficinas ocorreram a partir de resumos de aprendizagem, registros do pesquisador, opiniões do grupo e relatórios. Para diminuir muitas vezes o excesso de subjetividade do pesquisador, é necessário combinar essas técnicas com outras mais focadas como questionários, entrevistas semiestruturadas e informações mais objetivas (RICHARDSON, 2003).

A observação participante se caracteriza pelo conhecimento daquele grupo ou situação e o observador assume, até certo ponto, função de um membro do grupo. Também pode ser denominada de observação participante, pois se pretende entender melhor aquele grupo ou situação a partir do seu interior (GIL, 2008).

#### 4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As informações foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo, considerado por uma técnica qualitativa, que visa a interpretação do material adquirido (MINAYO, 2009).

Esta análise ocorreu através dos dados adquiridos nas entrevistas (APÊNDICE A), registros de material produzido nas oficinas, gravações, registros de imagens, coleta de informações e também da relação dos participantes em todas as etapas da pesquisa-ação.

Na análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para questionamentos, como também confirmar ou não hipóteses preestabelecidas. Essa análise pode também trazer reflexões do que está por trás do que foi comunicado ou manifestado, ou seja, traz descobertas para além do que está explícito. A análise de conteúdo apresenta as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento

dos resultados e interpretação (MINAYO, 2009). Que serão descritas a seguir dialogando com os passos desta pesquisa.

Pré-análise consiste em uma leitura para se ter noção do conjunto, apreender particularidades, elaborar pressupostos, classificar inicialmente e determinar conceitos teóricos (MINAYO, 2009).

Nesta etapa foram realizadas as escutas e transcrições das entrevistas, oficinas e gravações, como também a transcrição dos registros a partir da observação participante e também da coleta de informações. Em seguida, foi feita a leitura desse conteúdo, dialogando com objetivos e questionamentos anteriores à coleta, como também foram identificados trechos significativos e unidades de registro.

Exploração do material, trata-se da análise propriamente dita, nesta etapa o pesquisador busca a partir das expressões, trechos ou palavras significativas, encontrar categorias onde o conteúdo de uma fala será organizado. Isso consiste num trabalho de redução do texto às palavras e expressões (MINAYO, 2009). Nesta etapa foi realizada a exploração do material, e aplicado o que definido na pré-análise, onde foram agregadas as unidades de registro nas respectivas categorias.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, nessa fase devemos tentar desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. O pesquisador realiza interpretações e propõe inferências inter-relacionando-as com o desenho teórico inicial ou abre novas dimensões teóricas e interpretativas (MINAYO, 2009). A organização de todo o material foi realizada dentro das respectivas categorias e subcategorias, e a partir das informações obtidas foram realizadas as interpretações e inferências utilizando a revisão de literatura e outros estudos necessários.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), após cadastramento na Plataforma Brasil, com o número do parecer 3.285.552 de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012).

Todos os trabalhadores de saúde participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) e a Secretária de Saúde o Termo de Anuência (APÊNDICE C).

As entrevistas e oficinas foram gravadas e alguns trechos filmados com autorização prévia assinada dos entrevistados e participantes. O sigilo da identificação dos participantes foi preservado e os dados da pesquisa utilizados somente com fins científicos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este tópico traz os caminhos do desenvolvimento de uma proposta de reorganização da atenção integral à saúde de usuários de benzodiazepínicos por meio da pesquisa-ação no município de Catarina-CE. O passo a passo da pesquisa-ação permitiu entrosamento, vivência e construções entre os participantes e o pesquisador.

Os resultados surgiram a partir dos objetivos traçados e ocorreram duas oficinas que tiveram os seguintes temas: “Uso de benzodiazepínicos no município de Catarina-CE: como reorganizar esse serviço?” e “Saúde mental na atenção primária: construindo e pactuando intervenções”

As categorias foram organizadas a partir das etapas da pesquisa-ação e das informações colhidas em cada uma dessas, com suas respectivas técnicas.

Com a análise do material emergiram duas categorias:

- ✓ O encontro do pesquisador com o problema;
- ✓ Rede de atenção e o cuidado em saúde mental.

A primeira e segunda categorias englobaram duas e três subcategorias respectivamente:

- ✓ Realidade prática do uso de BZD com um olhar diagnóstico para agir junto;
- ✓ O (des)encontro do papel dos profissionais no cuidado com usuários de BZD;
- ✓ O conhecimento dos profissionais e a fragmentação da rede no cuidado em saúde mental;
- ✓ Somando saberes para articular a rede;
- ✓ Construções e pactuações interventivas para reorganização da atenção à saúde de usuários de BZD

### 5.1 O ENCONTRO DO PESQUISADOR COM O PROBLEMA

#### 5.1.1 Realidade prática do uso de BZD com um olhar diagnóstico para agir junto

O intuito de diagnosticar a realidade prática dos profissionais foi entender melhor como acontece o manejo com os BZD, como também potencialidades e dificuldades nesse manejo e estratégias de melhoria da problemática.

Para realizar o diagnóstico a partir de um problema, é necessário realizar um levantamento dos dados para uma melhor compreensão da realidade. Explorar o objeto-sujeito, constitui a estratégia principal para resolver problemas sociais (MELO; FILHO; CHAVES, 2016).

A elaboração dessa subcategoria uniu trechos das entrevistas e da participação dos profissionais das oficinas. Para o início do processo de mudança, o pesquisador deve se debruçar apreendendo e refletindo as informações em seus diversos aspectos (RICHARDSON, 2003).

Nesta etapa, o pesquisador determina os princípios epistemológicos que orientarão a ação, devendo saber como se produz o conhecimento e a posição dos sujeitos da pesquisa. Por isso, é importante perguntar, questionar, analisar e escrever o fenômeno investigado. Não podemos esquecer que os fatos sociais e as informações sobre esses fatos são influenciadas por diversos aspectos do cotidiano das pessoas e das instituições (RICHARDSON, 2003).

O perfil epidemiológico demonstrou a fragilidade na assistência em saúde mental, com um uso indiscriminado de BZD no município e características de uma população difícil de ser estudada, considerando a não existência de cadastros dos usuários, como também o não conhecimento dos profissionais do quantitativo dos mesmos. O estudo alertou também para a articulação da rede para reorganização da atenção à saúde desses pacientes (DUARTE, 2017).

É necessária uma proposta que supere os paradigmas existentes, capaz de situar a saúde mental no campo da saúde coletiva, entendendo que os desenvolvimentos sociais complexos levam ao processo saúde-doença, isso requer uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, que percorra uma diversidade de dispositivos territorializados de atenção e de cuidado (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Os participantes foram provocados com a seguinte pergunta: Qual a realidade hoje de Catarina acerca do uso de BZD? Disseram imaginar que a realidade do uso deve ser alarmante. Na fala dos profissionais reforçaram que o problema ocorre desde 2003 e comentam que querem saber se os índices pioraram. Foi feito um resgate dos motivos da chegada do CAPS no município, recordando

que sua implantação foi justificada pela quantidade de receitas emitidas e elevado número de transferências para hospitais psiquiátricos.

*“Na época foi feita uma pesquisa com o quantitativo de pessoas de Catarina internadas em hospitais psiquiátricos, o número era elevado...” (P1)*

Pelas discussões dos participantes e principalmente de quem vivenciou a implantação do CAPS, o problema caminha há 16 anos no município, logo sua melhoria requer tempo para desconstruir práticas que potencializam esse uso indiscriminado.

Percebeu-se também a medicalização e dependência dos pacientes, pois segundo profissionais do CAPS, atualmente vêm sendo adotadas terapias não medicamentosas, como também, quando possível, diminuição da dosagem de algumas medicações. Os mesmos percebem que os pacientes ficam temerosos e resistentes às orientações do especialista. Esses pacientes retornam insistentemente ao CAPS na tentativa de ajustes da medicação para dose anterior.

Considerando o exposto acima, enfatizaram a importância do acompanhamento multiprofissional, pois se mesmo com consulta especializada e acompanhamento psicológico há resistência às orientações, a atenção primária também deve estar preparada para essas dificuldades.

O quadro 7 a seguir refere as potencialidades e dificuldades no acompanhamento desses pacientes segundo as falas dos participantes.

**Quadro 7 - Potencialidades e dificuldades no acompanhamento de usuários de BZD**

(continua)

POTENCIALIDADES	DIFICULDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissionais acessíveis, inclusive da psicóloga e do ACS;</li> <li>• Equipe unida;</li> <li>• Capacidade resolutiva dos profissionais;</li> <li>• Utilização de cartão controle;</li> <li>• Dispensação apenas com receituário;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Carência de formação/capacitação com os profissionais nessa temática;</li> <li><input type="checkbox"/> Uso indiscriminado de BZD;</li> <li><input type="checkbox"/> Consulta com tempo insuficiente devido à alta demanda;</li> <li><input type="checkbox"/> Descontrole de emissão de receitas (paciente pega várias receitas);</li> <li><input type="checkbox"/> Não orientação do tempo para o uso</li> </ul>

(conclusão)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total cobertura da saúde da família;</li> <li>• Atendimento médico diário;</li> <li>• CAPS e NASF;</li> <li>• Remédios gratuitos;</li> <li>• Integração positiva;</li> <li>• Facilidade de conseguir receitas;</li> <li>• Consultas agendadas.</li> </ul>	<p>da medicação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Não apoio familiar aos pacientes;</li> <li><input type="checkbox"/> Preconceito da população com quem toma medicações controladas;</li> <li><input type="checkbox"/> Deficiência no conhecimento dos pacientes acerca dos efeitos do BZD;</li> <li><input type="checkbox"/> Escassez de algumas medicações;</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas com agendamentos, sem dias fixos para atender esses pacientes, o que gera conflitos na procura da receita;</li> <li><input type="checkbox"/> Desestímulo dos profissionais para realizar orientações aos pacientes sobre essas medicações;</li> <li><input type="checkbox"/> Pouco engajamento do NASF;</li> <li><input type="checkbox"/> Incompreensão das competências do CAPS;</li> <li><input type="checkbox"/> Desarticulação em pontos da rede;</li> <li><input type="checkbox"/> Paciente só busca a medicação quando acaba, gerando conflitos;</li> <li><input type="checkbox"/> Resistência dos pacientes em seguir orientações;</li> <li><input type="checkbox"/> Baixa oferta de vagas para o psiquiatra.</li> </ul>
--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Existem empecilhos em como os serviços vêm se estruturando, com dificuldade de agir e operar-se de maneira interdisciplinar e dialógica. Essas dificuldades necessitam serem conhecidas e analisadas, para se possível, serem enfraquecidas ou até removidas para que seja possível trabalhar de maneira interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

É notório que as dificuldades ultrapassam as potencialidades, embora haja capacidade de aplicabilidade e sustentabilidade no plano do cuidado dos

pacientes com uso de BZD de muitas potencialidades percebidas pelo grupo, logo, a fragilidade do cuidado já apresentada e discutida se justifica. Para finalizar, foi investigado também como os profissionais julgavam que deveria ser organizado o atendimento de usuários de BZD. Vejamos algumas falas abaixo:

*“...os pacientes têm que ser orientados sobre esse uso de medicamento né, pra não tá começando a tomar remédios só porque alguém indicou...” (E2)*

*“É, eu acho que seria, que melhoraria bastante se realmente esses pacientes fossem atendidos, a consulta de verdade [...] só renovando receita direto, eu acho que não têm muita melhora não...” (E5)*

*“É uma coisa que eu acho que poderia ser feito [...] Terapia comunitária [...] a importância de usar a medicação pelo tempo correto, de fazer o retorno e de não tá usando a medicação [...] Poderia ser feito também uma forma pra padronizar os serviços do município. Estabelecer um protocolo de uso da medicação...” (E9).*

*“Primeira coisa e talvez a mais importante, esses pacientes têm que ter prontuário. Esses pacientes precisam é de um registro [...] pra gente ter esse uso racional é preciso que haja essa interação entre as unidades [...] Esse uso racional muitas vezes não se prende só ao profissional, tem que ter a ajuda da estrutura como um todo... (E10).*

Os profissionais sugeriram melhorias gerenciais e assistências locais como também na rede. Ressaltam que terapias alternativas também poderiam favorecer a diminuição desse uso indiscriminado.

Para finalizar, com a análise do material, foram resgatadas as ideias dos profissionais para melhoria da atenção à saúde de usuários de BZD, assim foi elaborado o consolidado que guiou a execução de outras etapas da pesquisa:

- Priorização de turnos na agenda, para garantir consultas e não renovação de receitas;
- Usar cartão-controle;
- Postergação do início dos BZD;
- Realização de educação em saúde nessa temática com pacientes e familiares;
- Formação para os profissionais;
- Padronizar os serviços do município, estabelecendo um protocolo ou fluxograma de uso da medicação;
- Realização de terapia comunitária;
- Articulação da rede em prol da melhoria do fluxo dos pacientes;



- Incentivar os pacientes a participar de atividades coletivas na unidade de saúde;
- Sistema informatizado;
- Usar prontuário dos pacientes;
- Atividades realizadas pelo NASF com criação de grupos;
- Turnos na agenda para atendimento do NASF, inclusive da psicóloga;
- Escuta;
- Interação entre as unidades em prol do uso racional;
- Atendimento psiquiátrico mais dias no município.

### **5.1.2 O (des)encontro do papel dos trabalhadores no cuidado com usuários de BZD**

De uma maneira geral, os trabalhadores não reconheciam o seu papel dentro do cuidado dos usuários de BZD, atribuíram esse cuidado ao profissional médico e às receitas dispensadas. Seguem alguns relatos:

*“A minha prática com eles é mais isso aí, a questão de saber como é que tá, se tá tomando a medicação direita, do jeito que o médico indicou. É basicamente isso aí...” (E1)*

*“Eu sei quem são, mas eles assim, comigo mesmo, eles não têm aquela “vivência”, eles são mais pro médico...” (E6)*

Os resultados vão ao encontro da literatura, onde profissionais enxergam a atenção primária como um ambiente de repetição de receitas. (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019).

Essa centralização do profissional médico, como sendo o “principal cuidador”, demonstra também que a medicação é a única ou principal forma de tratamento. A partir disso os participantes compreenderam que os pacientes estavam sendo vistos apenas pela sua doença e não como pessoas. Segundo a fala: *“... o principal cuidador é a receita né, e aí o profissional exclui a questão da pessoa...(P1)*

O modelo tradicional, ancorado na descrição e quantificação de sintomas, se traduz em uma prática institucional que desconsidera as potencialidades humanas e estigmatiza por meio de diagnósticos que definem, muitas

vezes, uma condição de saúde como irreversível e apenas controlável por medicamentos (AOSANI; NUNES, 2013).

Essa prática de saúde mental centrada no profissional médico está enraizada há muitos anos, pois trabalhar com saúde mental significava trabalhar com distúrbios mentais em asilos ou manicômios, logo a atividade era exclusiva do médico. Posteriormente, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais passaram a ser protagonistas no contexto das políticas de saúde mental (AMARANTE, 2007).

Os participantes do estudo foram provocados com a seguinte pergunta: Qual o meu papel enquanto profissional de saúde na busca da melhoria do uso desses medicamentos? De início os participantes mantiveram-se quietos, talvez pela dificuldade de se envolverem no processo, ou mesmo por não identificarem o seu papel nessa melhoria. Expliquei que era uma pergunta para que cada um dentro de sua profissão e função pensasse o que poderia ser feito para melhoria.

A pergunta gerou reflexões acerca do papel de cada um na saúde mental, como também da necessidade e importância na articulação da rede, entendendo que todos da rede são importantes e essenciais nesse processo do cuidado.

Oliveira e colaboradores (2017) observaram em seu estudo, a compreensão dos profissionais relacionada à saúde mental de forma fragmentada, estabelecida pela dicotomia entre corpo e mente. Contudo, desde a Reforma Psiquiátrica a saúde e a doença devem ser compreendidas como um processo.

Existe a necessidade de transformação do cuidado em saúde mental na atenção primária para um modelo de assistência integral e biopsicossocial. Para isso é necessário novas metodologias de aprendizagem e intervenção, novos modelos e novas práticas de apoio bilateral dos profissionais de distintas formações (FORTES *et al.*, 2014).

Com a apresentação do perfil epidemiológico de Duarte (2017), onde demonstrou: maior concentração de uso pelas mulheres, sendo a maioria idosas, com uma média de 39,11 meses de uso e média de 5,8 consultas. Os participantes demonstraram reconhecer que de fato os pacientes algumas vezes não conseguem passar em consulta para adquirir a receita, logo esse número de registros em prontuários serão baixos. Vejamos a fala:

*“... na verdade não é interessante pro paciente passar em consulta, ele prefere só pegar a receita, e isso é um costume também...” (P1)*

Foi possível perceber que alguns participantes conseguiram interagir melhor, demonstrando que entendem a problemática, como também que possuem funções a desempenhar dentro da saúde mental, outros ficaram surpresos com o perfil. A ideia do diálogo foi também para desconstruir que o cuidado em saúde mental é realizado apenas através de remédios, como também apenas pelo profissional médico ou serviço especializado.

## 5.2 A REDE DE ATENÇÃO E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

### 5.2.1 O conhecimento dos profissionais e a fragmentação da rede no cuidado em saúde mental

Observamos um conhecimento escasso acerca dessas medicações, desejo e necessidade de formação profissional nessa temática, fragilidade de integração da rede de saúde, reconhecimento do uso indiscriminado de BZD, como também dificuldade dos profissionais de realizarem um manejo quando indicado seu uso. Seguem alguns trechos de falas que refletem essa realidade:

*“...na realidade eu não sei muito. Eu queria saber mais, porque assim, eu queria poder ajudar mais...” (E2)*

*“...Tem uma mulher também, ela ia pra um psiquiatra no Iguatu [...] ela foi encaminhada pro psiquiatra aqui... Aí tem essa comunicação...” (E3)*

*“...quando eu encaminho um paciente, por exemplo, o certo seria eu já receber a contrarreferência né, mas nunca acontece a não ser que eu que ligue, pergunte...” (E8)*

*“...é muito comum eu pegar um paciente que já está dois, três, quatro, cinco anos usando benzodiazepínicos. Então é uma situação mais delicada...” (E10)*

As falas convergem com outros estudos, onde observou-se que no discurso dos entrevistados, o problema de saúde mental remete para a formação das equipes, muitas vezes, incompletas, e ainda para a falta de capacitação na área de saúde mental (AOSANI; NUNES, 2013). Portanto, percebeu-se a importância e necessidade de processo de educação permanente para os profissionais de saúde na atenção ao paciente de saúde mental.

Os profissionais se comunicam para realização de encaminhamentos, e mesmo assim, ainda consideram que há falha na atenção ao paciente. O problema

do uso indiscriminado gera dificuldade no manejo dos profissionais e isso pode ser reflexo do conhecimento incipiente no cuidado em saúde mental, como também de outras dificuldades apreendidas: deficiência na integração da rede e atribuição do cuidado apenas para um profissional.

A atenção básica é também responsável pelo cuidado em saúde mental, mesmo em meio a melhorias nas políticas que reforçam a importância e necessidade desse cuidado nesse ponto de atenção, falhas nas formações dos profissionais, na organização da rede e nos recursos favorecem a deficiências de integração (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019).

É necessário capacitar os profissionais para que as ações em saúde mental estejam presentes no cotidiano da atenção básica. Executar essas práticas com um conhecimento adequado, melhora os atendimentos podendo evitar o uso impróprio de BZD (GUIMARÃES, 2013).

Existe a dificuldade dos trabalhadores de saúde de formarem grupos para terapias alternativas, insatisfação com a espera do serviço especializado e incompreensão das competências de alguns equipamentos de saúde, o que dificulta ainda mais a integração da rede, por outro lado, todos expressaram o desejo de articulação com os segmentos da rede de saúde, além de implantação de várias tecnologias como a de formação de grupos terapêuticos.

*“... tinha vontade de formar um grupo desses pacientes que fazem uso dessas medicações [...] eles não acham que é tão importante né, a palestra em si, a roda de conversa, a educação em saúde...” (E8).*

*“...em geral a palestra do NASF é, quem tem mais contato com eles é o pessoal da enfermagem, fala em várias frentes...” (E9).*

*“eu acho que teria, teria que ter umas datas, às vezes a gente manda o paciente e ele não encontra o profissional...” (E1)*

*“...deveria ter mais integração, mais reuniões né, com todo mundo, todos os setores né, pra gente tentar formar um direcionamento dessa demanda...” (E5).*

Ao entender essa interação citada pelos trabalhadores de saúde, é interessante entendermos também o conceito de rede.

Rede é sempre algo que une, que entrelaça, que apanha, que amortece, que interconecta, que comunica, que vincula por meio de sua ligação, de seus nós, e que por isso, quando bem instrumentalizada na saúde,

possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção (BRASIL, 2011).

As ações de saúde mental realizadas pelas equipes de atenção básica se restringem a repetições de receitas, dispensação de psicotrópicos e encaminhamentos ao especialista sem um cuidado ou acompanhamento primário. O paciente com necessidades de saúde mental, atendido na atenção primária, deve ter direito ao acolhimento, atendimento de forma individual e escuta, para que se alcance o cuidado Integral (OLIVEIRA, *et. al.*, 2017).

A discussão sobre o conhecimento incipiente acerca do uso de BZD estava também ligada à necessidade de formação dos profissionais. Foi interessante perceber que surgiram opiniões onde atribuíram que o conhecimento sobre os efeitos dessas medicações era competência apenas de algumas categorias profissionais, mas outros participantes reforçaram que necessitavam saber, para realizar orientações.

*“... eu não tenho conhecimento sobre esses remédios aí [...] mas eu não posso orientar porque eu também não sei...” (P12)*

É importante ressaltar que os trabalhadores de saúde fizeram uma capacitação sobre matriciamento no mês de agosto, essa foi realizada pela regional de saúde em parceria com a secretaria municipal de saúde. Essa oficina não conduziu essa temática propriamente dita, mas foi abordada a necessidade de acompanhamento em saúde mental na atenção primária com o apoio do serviço especializado também, contudo, as atividades seguiram abordando que os profissionais na atenção primária possuem responsabilidades e condições de realizarem acompanhamentos em saúde mental, desde que sejam capacitados, como solicitado pelos participantes.

Para Yasui e Costa-Rosa (2008), grandes desafios necessitam ser superados para as transformações propostas pela reforma psiquiátrica, especialmente para os profissionais que possuem diariamente o dever dessa consolidação. Para isso, os principais instrumentos são:

sua formação permanente, que faculte a redefinição e reorganização de seu processo de trabalho, e a articulação das alianças, ou mesmo forças antagônicas, entre os diferentes setores da sociedade; em suma, que viabilizem a criação e expansão concretas de uma rede de atenção e

cuidados baseada em um território e pautada nos princípios de integralidade e participação popular (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

O preconceito de ser denominado como “doido ou louco” pelos próprios pacientes foi abordado como um entrave para o acompanhamento integral, alguns resistem aos encaminhamentos para profissionais especializados por medo dessas rotulações. Como podemos observar no relato de um participante:

*“...eles vão, a gente encaminha pro médico, eles voltam, aí quando o remédio começa a fazer um efeito legal, eles não voltam, só voltam quando estão em crise, e é o medo de ser entendido como doido...” (P1)*

Todos os participantes compartilharam que existe esse preconceito. As formações e os modelos hospitalocêntricos ainda estão enraizadas em muitos locais de saúde e na sociedade como um todo. Os pacientes ainda se preocupam com a impressão que irão causar ao frequentar alguns locais ou determinadas categorias profissionais. A educação em saúde de uma maneira geral, realizada nas salas de espera ou com públicos específicos, foi citada como ambiente para a desconstrução desse tipo de barreira que fragmenta o cuidado.

No estudo de Oliveira (2017), não são os pacientes que possuem incompreensões ou preconceito e sim os profissionais. Os mesmos reconhecem a saúde mental como a ausência de transtornos mentais, e possuem concepções estereotipadas. No presente estudo, os trabalhadores da saúde relatam o autopreconceito existente nos pacientes, mas para que esse julgamento seja rompido, os profissionais precisam também não associarem o cuidado ao uso de medicações, ou seja, à presença de doenças.

Os profissionais necessitam compreender que as questões psicossociais representam apenas uma parte da saúde mental e devem tomar para si esse novo objeto de trabalho, nesse novo contexto, os profissionais precisam estar cientes que o cuidado deve ser além da doença (OLIVEIRA *et. al.*, 2017).

Sobre o apoio da rede atenção, a compreensão da competência de cada equipamento de saúde é necessária para melhorar os fluxos intersetoriais. Empecilhos, como a desinformação da função do outro, favorecem para que os pacientes se percam na rede e não continuem seus tratamentos, se tornando uma

barreira para o seguimento do paciente. Existe dificuldade na compreensão das competências do CAPS e NASF.

*“...tem profissional que liga e pede pra gente fazer uma visita, como vamos chegar na casa do paciente do nada? Sem saber de nada do paciente? [...] Tem que ter esse vínculo, essa intersectorialidade da rede, essa comunicação, porque senão, não tem como organizar...” (P8)*

*“A gente já vem batendo nessa tecla de unificar a rede faz é tempo [...] reunião das unidades, o NASF tem que tá presente, mas nunca chamam, o NASF não é só atividade coletiva...” (P9)*

Existe também incompreensão acerca do papel da ESF, pois durante as oficinas surgiram relatos que alguns profissionais se recusam a atender pacientes que já realizam acompanhamento no CAPS, mostrando a descontinuidade e falta de complementaridade do acompanhamento do paciente que se beneficiaria com o cuidado por uma equipe multiprofissional.

A ESF representa a porta prioritária de acesso ao SUS, a mesma objetiva resolver a maior parte dos problemas da população adscrita, nesses, estão presentes os problemas ligados à saúde mental. Para que essa resposta de resolução aconteça, é necessário vínculo e diálogo entre atenção primária e saúde mental (ANDRADE, 2007).

O não entendimento das competências do NASF foi reforçado em outros relatos. Quando dialogavam que a ESF parece não integrar com a equipe NASF e acabam procurando profissionais fora da rede de saúde para resoluções de problemas. Foi também solicitada valorização para as atividades realizadas pelo NASF, algumas vezes, os trabalhadores de saúde se sentem desmotivados na execução do trabalhos devido ao desprezo pelos próprios profissionais da ESF.

Nessa ocasião, profissionais do NASF explicaram suas competências, enfatizando, inclusive, que são apoio e que trabalham também na discussão de casos de difícil resolução.

*“...vocês têm que entender que nós somos também equipe de vocês, uma extensão da equipe de vocês, então marcou uma reunião da equipe tal, o NASF tem que estar lá...” (P1)*

O momento rendeu muitas discussões e troca de experiências, relembando de quando havia turma de residentes no município. Os profissionais do

programa de residência multiprofissional conseguiram se inserir nas atividades da ESF e realizavam atendimentos individuais e coletivos. Essa reflexão veio à tona na tentativa de desconstruir empecilhos para atendimentos individuais do NASF na ESF, sendo pontuada a necessidade do acompanhamento contínuo dos casos. E também mostrar que é possível a integração entre os serviços na rede, mesmo na perspectiva ensino-serviço.

Os profissionais discutem essas barreiras da rede, e citam que a unificação da rede deve ser o primeiro ponto a ser trabalhado nessa reorganização, como também a padronização municipal do serviço.

*“... tem pacientes que já passou várias vezes por problemas mentais, e a gente não tem nada desse paciente, não tem nem como fazer uma transferência. Ele era acompanhado onde? Quem passava as medicações desse paciente? Entendeu?” (P8)*

*“E também, como organizar esses atendimentos na unidade, o paciente deixar de pegar só a receita, a questão de criar o grupo também, veja o hiperdia, ele pode não ser 100%, mas ele funciona bem...” (P10)*

*“Eu estou ouvindo aqui, a gente sempre coloca a culpa nos pacientes, mas foi uma cultura que os profissionais mesmo criaram de tá passando remédio, tem inclusive profissional que pede pra dar um jeito de conseguir a receita, e fica com raiva se não fizer isso.” (P11)*

Os trabalhadores de saúde discutiram que existem reuniões e até capacitações que apenas enfermeiros são convidados, as formações são necessárias para a equipe como um todo.

Gestores enaltecem a oficina, consideraram ser um tema pertinente e de grande relevância para o município. Se demonstraram disponíveis a contribuir nesse processo, como também julgaram válido para as atividades participarem da pesquisa e discutir essa temática, como forma de ferramenta para reorganizar o processo de trabalho em relação ao paciente usuário de BZD.

Foi realizada uma abordagem sobre o que são os BZD, para que todos os participantes pudessem entender melhor o que estava sendo discutido, considerando a participação de diferentes categorias profissionais que muitas vezes não entendem o significado.

*“... o mais popular é o diazepam, mas o alprazolam também tá na moda [...] Mas assim, hoje as pessoas não querem sofrer, não querem sentir nada...” (P1).*



*“E os vizinhos também, eles influenciam...” (P2).*

Os comentários sobre as medicações demonstram também o que as mesmas representam para cada categoria de profissionais, fazendo refletir que o problema transcorre por toda a rede, não apenas na ESF.

A necessidade de formação dos profissionais teve diversas abordagens, pois as falas convergiram durante a oficina, demonstrando que alguns profissionais não se implicam como membros que possuem competências dentro do cuidado em saúde mental. Relataram abordagens assistências a pacientes em uso crônico de BZD de maneira pontual, frisando condutas apenas de encaminhamentos. Isso faz refletir que o profissional não se sente capaz de exercer o seu papel, ou mesmo porque, não sabe como fazê-lo. A oficina trouxe esse incentivo, provocá-los a pensar que a ESF e os outros segmentos possuem papéis fundamentais no atendimento desses pacientes.

### **5.2.2 A união dos saberes para articular a rede**

Um dos pontos elencados pelos trabalhadores da saúde foi a articulação da rede, e isso foi efetivado durante a oficina, onde reuniu diversidade de categorias e setores da saúde. Entendendo que as dificuldades necessitam ser compartilhadas com todos segmentos da rede, para juntos perceberem os entraves e potencialidades e assim somar saberes em prol de resoluções.

Observou-se que para quebrar o ciclo vicioso da repetição de receita, o serviço terá que se reorganizar em um processo de construir e reconstruir hábitos que existem há anos. Os pacientes apresentam suas condições de dependências dessas medicações, mas os profissionais também estão acostumados a realizar as mesmas práticas. Convidá-los a pensar junto com diferentes categorias profissionais e de diferentes níveis de atenção, como também a reorganizar uma prática enraizada de um modelo biomédico, é uma tarefa desafiadora para todos.

Separar ou fragmentar os saberes entre as profissões se torna cada vez mais inapropriado, pois os problemas existentes são cada vez mais planetários e polidisciplinares (MORIN, 2003).

Quanto maior o problema, mais difícil ele se torna de ser pensado (MORIN, 2003).

Sua insuficiência para tratar nossos problemas mais graves constitui um dos mais graves problemas que enfrentamos. De modo que, quanto mais os problemas se tornam multidimensionais, maior a incapacidade de pensar sua multidimensionalidade; quanto mais a crise progride, mais progride a incapacidade de pensar a crise; quanto mais planetários tornam-se os problemas, mais impensáveis eles se tornam. Uma inteligência incapaz de perceber o contexto e o complexo planetário fica cega, inconsciente e irresponsável (MORIN, 2003, p. 14 e 15).

A deficiência de percepção de um problema global acaba que fragiliza a perspicácia de responsabilidade, bem como amortece a solidariedade (MORIN, 2003).

Um dos aspectos apresentados pelos profissionais foi a facilidade em conseguir as receitas em qualquer área e como caminhos para um melhor acesso do paciente ao serviço. Trouxeram sugestões de melhoria e compartilharam a experiência de utilização de um cartão-controlê em uma das unidades. A ideia surgiu como possibilidade de adoção por todas as equipes para controle na emissão das medicações, onde cada paciente só poderá receber com seu cartão e neste serão registrados medicamentos, dosagem, data de entrega e continuidade do tratamento. A comunicação intersetorial também foi colocada como uma experiência exitosa no controle da dispensação dos fármacos.

*“... a gente do PSF tem um cartãozinho, e todos os meses a gente coloca a data quando foi entregue a receita.” (P3)*

*“... você poderia adotar em sua pesquisa esse cartão como uma estratégia de organização.” (P1)*

*“... tem pacientes que pega no nosso a receita, depois vai pra o da colega e pega também...” (P4)*

*“... se todos implantarem o cartão, vai ter um controle melhor das medicações...” (P7)*

*“Às vezes na CAF a gente consegue barrar, e diz “você já pegou esse medicamento”, mas como o sistema é online, nem sempre internet funciona...” (P5)*

*“Mas oh, nós (CAPS, ESF e CAF) conseguimos controlar, uma paciente fazia isso, pegava em todos os lugares, aí houve a comunicação e resolvemos.” (P6)*

*“Uma coisa que eu já estou vendo de positivo é que tem alguns pacientes que vêm pra mim e dizem que o médico tá diminuindo a medicação, então tá sensibilizando já né...” (P1)*

Essa troca de experiências estimula também para o trabalho em equipe. Segundo Aosani e Nunes (2013), as dificuldades de acompanhamento de casos em saúde mental parecem remeter ao desejo de um trabalho mais conjunto, para o comprometimento na condução dos mesmos.

São necessários novos saberes e novas práticas para a transformação dos serviços, pois se não houver mudanças, continuará a mesma prática de psiquiatria tradicional diante dos empecilhos de reorganizar os processos de trabalho (OLIVEIRA *et. al.*, 2017).

Nota-se também que a articulação entre a rede demonstrou resultados positivos nesse processo. ESF e CAPS são serviços primordiais para a efetivação da saúde mental de maneira integral, pois são instrumentos de integração da rede de atenção à saúde. O CAPS deve apoiar às equipes através do apoio matricial, dando suporte para que as equipes conduzam seus casos evitando encaminhamentos desnecessários (OLIVEIRA *et. al.*, 2017).

Os trabalhadores da saúde debateram que além da elaboração do cartão, será interessante a denominação de numerações para cada área, para assim, os profissionais reconhecerem a qual território aquele usuário pertence.

Profissionais do CAPS enfatizaram a importância da triagem desses pacientes, para que tenham seus diagnósticos registrados, evitando encaminhamentos que não estão nas competências do CAPS. É comum atribuir ao CAPS a diversidade de pacientes que utilizam medicamentos de controle especial, quando muitas vezes, a emissão dessas receitas e o acompanhamento desses pacientes podem ser realizados na ESF. Os trabalhadores da saúde exemplificaram que é comum receber pacientes com diagnósticos neurológicos que não são perfil do serviço.

Os participantes compartilharam uma experiência exitosa sobre atividades com grupos e também mencionaram como uma alternativa de melhoria do cuidado. Contudo relataram a dificuldade de manter o grupo, sinalizando necessidade de formação com outras terapias. Dessa forma, os grupos se tornam uma opção de terapia não medicamentosa e possível de ser implementada. Conforme o relato:

*“E o que eu percebo é que o grupo é o melhor lugar de se trabalhar [...] montamos o grupo de mulheres que existe até hoje [...] mas ele é terapêutico, o que foi percebido a primeira coisa, que muitas mulheres diminuíram as medicações, todas elas do CRAS tomavam BZD, e elas*

*foram deixando a medicação, foram aprendendo a conduzir a vida delas, que é a questão da autonomia. Então se eu trabalho a autonomia e sou capaz de assumir minhas ações, eu deixo o álcool de lado, deixo o remédio de lado, e paro de me anestesiarem, que é o que todo mundo quer com esse tipo de medicação [...] a gente que trabalha ações coletivas do NASF, pessoas que passam a fazer atividade física por exemplo, melhoram a vida deles [...] então acho o grupo muito positivo pra se trabalhar isso aí, acho que tinha que ter mais.” (P1)*

Nos debates, os participantes consideraram que conscientizar usuários de BZD sobre o malefício dessas medicações será mais difícil do que reorganizar o serviço. Contudo, um conjunto de fatores e parcerias levarão às melhorias. Esclarecimentos aos pacientes e maior investimento em educação permanente pode ser um ponto de partida para atualizar trabalhadores da saúde sobre indicações, tempo e reações adversas.

### **5.2.3 Construções e pactuações interventivas para reorganização da atenção à saúde de usuários de BZD**

Após discussões, os profissionais consolidaram as sugestões em cartazes e realizaram suas apresentações juntos. Unificaram as propostas que guiaram outras ações dessa pesquisa, bem como a distribuição de tarefas de acordo a afinidade/competências de cada profissional. Seguem as propostas eleitas em oficina:

#### **Quadro 8 - Proposta de reorganização em prol da atenção integral à saúde de usuários de BZD**

(continua)

Criação e implantação de um cartão-controle unificado para o uso obrigatório municipal, com: número do paciente, nome das medicações psicotrópicas, diagnóstico (siglas), data da entrega da receita, data e assinatura da entrega das medicações pela Central de Assistência Farmacêutica;
Elaboração de um protocolo ou fluxograma para padronizar o atendimento no município (elaboração com participação de profissionais médicos clínicos e psiquiatra);
Implantar e manter atualizados cadastros dos usuários dessas medicações;
Articulação/Integração da rede de atenção à saúde (ESF-NASF-CAPS-HOSPITAL), foi sugerido reuniões na primeira quarta-feira do mês bimestralmente;
Disponibilizar os turnos na agenda da ESF para saúde mental, assim como acontece com outras demandas para garantir as consultas e não apenas renovação de receita;
Criar e/ou fortalecimento de grupos de educação/terapia nas unidades pactuados pelo

(conclusão)

menos uma vez por mês;
Sala de espera nas unidades com foco em saúde mental;
Pactuar atendimento de profissionais do NASF nas unidades de ESF;
Compreender o papel do NASF e as competências e funções do CAPS;
Educação permanente na temática para os profissionais de saúde, incluindo atendentes/recepcionistas;
Informatização do serviço;
Orientações/campanhas de sensibilização e esclarecimento sobre as consequências dessas medicações (programas de rádio e folderes);
Incentivar os pacientes a participarem das atividades de educação;
Fortalecimento de ações entre NASF e AB.

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre as propostas elencadas, algumas já foram iniciadas e precisarão de continuidade. O encontro entre os trabalhadores da saúde deu início a integração da rede de atenção, sendo possível realizar esclarecimentos quanto às competências do NASF e CAPS, bem como pactuações de atividades como espaço na agenda e também a formação para terapias.

O tempo dispensado pelos profissionais para a prática em saúde mental, seja em atividades coletivas ou individuais, necessitará da organização do serviço de uma forma geral, pois essas atividades requerem planejamento, principalmente de espaço nas agendas, como também de conhecimento para sua execução.

Então, foram abordados aspectos como a construção da agenda para que os envolvidos possam entender a possibilidade de sua flexibilidade e não apenas a realização dos repetidos atendimentos com público específico de patologias que lotam e impedem que outras terapias aprendidas sejam realizadas.

Os resultados vão ao encontro com a literatura, pois segundo Aosani e Nunes (2013), os profissionais da atenção básica sinalizam que para desenvolver o cuidado como preconiza a reforma psiquiátrica e a Lei nº 10.2016/2001, serão necessários os seguintes recursos:

- ✓ Espaço e forma de trabalho que possibilitem a continuidade do acompanhamento;
- ✓ Existência de uma equipe completa e capacitada, com acesso às ferramentas de trabalho e infraestrutura;
- ✓ Suporte da gestão e espaços de organização e planejamento coletivo das ações em saúde, incluindo a prevenção.

Os trabalhadores afirmam que existe um percurso a seguir e que necessitam de negociações, aprendizagens e conquistas para que a Atenção Primária alcance, principalmente, seus maiores objetivos, o desenvolvimento de atendimento básico à população, ser a porta de entrada e desenvolver a prevenção e promoção de saúde, assim, poderá construir outras práticas de atenção (AOSANI; NUNES, 2013).

Outra questão discutida foi a padronização do serviço por meio do protocolo, mas alguns consideraram como um empecilho para um município de pequeno porte, acreditam que pode gerar barreiras, já outros, apontaram que o fluxograma seria mais viável. Os dois são elaborações a longo prazo e foram considerados de grande importância para organização, contudo há dificuldades para suas construções nesse momento devido à ausência de médicos especialistas e também pelo tempo de conclusão dessa pesquisa.

Referente às atividades com grupos, relataram que já realizam com hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes entre outros, e incluirão essa temática. A pesquisa de Duarte (2017) demonstrou inclusive que maioria dos usuários de BZD também faziam uso de outras medicações, logo abordar a saúde mental nos diferentes grupos será válido. Foi sugerido que a rádio municipal é uma potencialidade, então, a realização de um programa que aborde temas da saúde será um apoio nessa reorganização.

Trouxeram que todas as unidades de ESF estão com equipe completa, então será o momento ideal para melhorar a atenção a esses atendimentos, direcionando os pacientes para os locais adequados.

Apontaram como mudança de prática que enfermeiros e ACS poderiam realizar a atualização dos usuários de BZD semestralmente. Existem planilhas realizadas a partir do sistema da CAF com os nomes dos pacientes em uso e isso conduzirá melhor essas atualizações. Houve solicitações para manutenção de momentos como essa oficina, com oportunidade de reunir diversos profissionais da rede para pactuações, e com uma periodicidade de encontros bimestralmente, isso contribuirá nos ajustes e construções dos fluxos.

Em meio às pactuações, a sala de espera foi citada como uma atividade importante para realização de educação em saúde e divulgação das novas informações adotadas pelo serviço. Novas práticas podem gerar resistência dos

pacientes e relembrou as dificuldades que tiveram com a exigência do cartão do SUS nos atendimentos, mas com orientações, foi possível sua utilização.

A oficina de formação proporcionou empoderamento dos próprios participantes, com as discussões, perceberam que é comum o uso de BZD para resoluções de conflitos da vida diária, então, demonstraram-se disponíveis para intervir nessas situações. Ao entenderem que o cuidado vai além das receitas, os profissionais se sentem capazes de contribuir nesse processo.

Uma nova percepção surge por meio da prática profissional. Se compreender a saúde mental como um cuidado isolado do contexto social, e apenas tratável por medicações e pelo saber médico, a assistência torna-se limitada. Esse novo conhecimento, que se constitui através da prática profissional, apresenta a importância de atuação em equipe interdisciplinar de novos aspectos como o apoio matricial, resolutividade, acompanhamento e vínculo (AOSANI; NUNES, 2013).

Nota-se que os profissionais se envolveram na construção dessa reorganização e colocam suas categorias profissionais como potencialidades na condução da formação dos demais profissionais, reconhecendo também que possuem competências na assistência em saúde mental. Como podemos observar neste relato:

*“os próprios profissionais, a gente pode se juntar e falar de determinados assuntos [...] porque, ah o que é que as assistentes sociais podem fazer? E foi visto que muitas vezes a pessoa usa a medicação por causa de uma perda, de um conflito, mas a gente tem que entender que o serviço social está para mediar conflitos de questões sociais [...] como: vulnerabilidades, que entra a financeira, a emocional, então a gente também pode ver essas questões...” (P1)*

Quando foram incitados com a pergunta: qual a melhor intervenção em saúde mental na atenção primária? Gerou inquietação e atenção dos participantes, alguns responderam que seria escuta e acolhimento.

*“antes de medicar o paciente, ter um espaço para conversa, saber o que está se passando” (P13)*

Houve relato de experiência traumática com o uso de BZD, partindo de vivências do profissional envolvido na pesquisa que fez uso, teve dificuldade em

deixar essa medicação e ressaltou que necessitou de acompanhamento multiprofissional para o desmame.

*“pra deixar a medicação, precisei de muito acompanhamento [...] tive crises de choro, cheguei a ficar desesperado...” (P13)*

O relato foi de grande importância para a compreensão de que a atitude de realizar desmame de BZD não é uma tarefa fácil, isso conflui com outros relatos que relacionaram a dificuldade de realizarem desmames às crises de abstinência, inclusive ressaltaram a importância do apoio familiar nesse processo. Logo, é fundamental esse acompanhamento multiprofissional. Considerando essas dificuldades, os participantes frisaram também a importância dos médicos postergarem a introdução dos BZD. A necessidade de acolhimento, escuta e espaços para oportunizar esses momentos ficaram cada vez mais claros.

A sugestão e solicitação para atendimento do NASF nas unidades de ESF, foi pontuada para diminuir a fragmentação do cuidado. Ao que parece, a ESF realiza o encaminhamento, o atendimento é realizado, mas não é dado o seguimento até a alta, logo, os pacientes não retornam para continuar seu tratamento ou então voltam com quadros piores e um novo referenciamento deve ser realizado. Isso demonstra fragilidade na longitudinalidade e na corresponsabilização.

Esses resultados vão ao encontro com a literatura, o atendimento em saúde mental se estabelece por meio de encaminhamentos. Os pacientes mais graves, ao retornarem para a ESF, recebem cuidado através da aplicação e do controle das medicações, para outros, segue a entrega de medicação, avaliação médica e acompanhamento do psicológico, quando existiam os profissionais contratados. Isso leva ao desencontro do que proposto pelo ministério da saúde acerca das ações em saúde mental que devem ser realizadas na atenção primária (AOSANI; NUNES, 2013).

As discussões se voltaram para escuta e acolhimento, com a ideia de que essas representam a melhor intervenção em saúde mental na atenção primária, mas foi observado que este dispositivo é frágil, poucos profissionais vêm desenvolvendo.

A fragilidade de escuta e acolhimento são aspectos encontrados na atenção a este grupo de pacientes usuários de BZD e estão presentes em outros estudos. Observou-se o receio no atendimento e acolhimento aos usuários em



sofrimento mental por parte dos profissionais. Isso pode impedir os avanços na superação de paradigmas comprometendo a rede de atenção psicossocial (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Foi trabalhado como ser formado um grupo terapêutico e quais as causas mais frequentes de seus fracassos, destacando a necessidade do fortalecimento e estímulo à solidariedade, pois alguns pacientes de grupos aprendem a conviver com determinadas situações, como também passam a ajudar os demais envolvidos.

Consideraram que a melhor intervenção é trabalhar em parceria com a equipe no fortalecimento das estratégias existentes e envolver a família nas atividades. A utilização de temas diferenciados, como distribuir perguntas, favorecendo o protagonismo dos pacientes e da família pode ser uma alternativa.

*“... a gente viu que tá bem melhor do que quando a gente só falava [...] a produção é bem melhor [...] cada dia que passa aumenta [...] tem uma paciente que o médico já deu alta, mas ela se sente tão bem no grupo que ela não quer sair, ela continua...” (P8)*

*“...quando você dar espaço pra pessoa falar, pra dividir, muitas pessoas mudam de vida quando começam a participar do grupo...” (P1)*

*“...grupos que elas se sintam à vontade, que elas sintam realmente o desejo de estar ali, realmente muda mesmo de vida...” (P13).*

A participação de diferentes categorias profissionais da rede de atenção foi de grande importância para esse processo. A troca de práticas positivas contagia os demais participantes a realizarem o mesmo em seus territórios. Foi abordado que durante os grupos terapêuticos os participantes compartilham seus sofrimentos e acabam encontrando problema semelhante ao seu à medida que escutam o do outro, isso forma um elo de confiança e apoio por perceberem que não estão sozinhos. A profissional explica que os pacientes interpretam que se a dor do outro é igual a dele e ele superou, esse também servirá de exemplo, ou seja, o que deu certo para o outro, pode dar certo pra ele também.

Nas diversas discussões, surgiu que o sucesso da atividade em grupo depende também do valor que o profissional atribui a ela, isso acontece em diversos equipamentos como escolas e igrejas por exemplo, a valorização deve ser mútua, dos participantes, mas também dos profissionais.

*“... até em casa se você não se sente valorizado, você não fica em casa...”  
(P1)*

A formação seguiu gerando com diversos conhecimentos sobre os grupos e sua importância. A sensação de pertencimento dos grupos e de semelhança com seus familiares foram colocadas de forma positiva pelos participantes.

Alguns benefícios são possíveis de alcançar quando se trabalham com grupos: maior aderência do paciente ao tratamento, ampliação da consciência a respeito de sua patologia, melhor assimilação das informações devido às discussões, capacidade adaptativa e de defesas, auxílio na administração da doença, interação com o serviço de saúde e profissionais, solidariedade, entre outros. Segue o relato:

*“...esses suicídios todos, porque as pessoas não têm capacidade de superar o sofrimento, eles não aprenderam a enfrentar, e entender que na vida tem coisas boas e ruins...” (P1)*

Outros fatores podem levar a fragilidade dos grupos, como participantes que monopolizam, os que silenciam, ou também os que assumem o papel de queixosos. Essa discussão serviu para que os profissionais pudessem entender as melhores maneiras de se formar e manter os grupos.

Muitos ainda não colocam nas agendas espaço para saúde mental e essa implantação será gradativa. Após essa formação, um profissional sinalizou a saúde mental em sua agenda (ANEXO), isso demonstrou o seguimento da implantação das propostas. Destacou-se que os diversos profissionais são capazes de realizar assistência em saúde mental, haja vista que a escuta foi enfatizada como uma estratégia de cuidado e que a formação trouxe métodos alternativos de melhoria.

À medida que reorientarmos os saberes e o objeto de atenção e focarmos no sujeito, nas suas experiências e no seu sofrimento - e não apenas na doença - teremos um serviço com potencial para o reconhecimento de uma superação paradigmática. Os serviços que priorizam a doença mental são espaços de repressão, disciplina, controle e exclusão. Enquanto os serviços que lidam com sujeitos, como corpos sociais, são espaços de sociabilidade, escuta, acolhimento, cuidado, inclusão e emancipação. É essa a noção de integralidade do campo da saúde mental e atenção psicossocial que se pretende visibilizar como superação paradigmática (OLIVEIRA et al., 2017).

Foram distribuídos textos sobre terapias interventivas na atenção primária. Após discussões, cada equipe apresentou ou demonstrou como deveria

ser feita aquela terapia, nessa ideia, os demais participantes se tornaram conhecedores de uma diversidade de métodos aplicáveis por diferentes profissionais.

As terapias abordadas foram:

- Reatribuição;
- Terapia de solução de problemas;
- Terapia interpessoal breve;
- Terapia comunitária;
- Intervenção breve para uso de substâncias psicoativas;
- Outras terapias cognitivas comportamentais;
- Práticas corporais integrativas.

As apresentações foram exemplificadas pelos participantes para a compreensão dos demais e avaliada a sua exequibilidade. Notou-se que alguns participantes conheciam a terapia, mas não aplicavam de maneira sistemática, informaram que ainda não tinham despertado para isso, outros passaram a compreender que praticavam atendimento em saúde mental, porém não o identificava como tal.

*“Eu achei essa terapia de ativação interessante [...] essa parte que fala que temos que ter cuidado com nossas palavras, pra não gerar expectativa no paciente, o abismo não ser maior [...] na minha área o pior é o social [...] realmente o matriciamento né, essa intersetorialidade da rede funcione, porque se não unir forças não sai do canto...” (P13).*

*“A gente discutindo aqui, a gente viu que seguindo à risca nem sempre a gente faz ela, mas acaba fazendo ela [...] com os nossos grupos, aqui a terapia comunitária é um espaço de partilha [...] o acolhimento e o respeito pra eles é imprescindível nessa terapia [...] essa pode acolher qualquer usuário sendo portador ou não de doença psíquica...” (P9)*

*“... é perceber se aquele paciente tem algum tipo de sofrimento emocional, e tentar abordá-lo, só que de uma forma paulatina [...] o que acontece, muito fácil dizerem “ah você tem que tratar aquele paciente [...] só que o paciente é difícil ele se abrir com você [...] aqui fala isso, que precisa de várias consultas, pra criar o vínculo com você, com sua equipe e assim possa começar um tipo de tratamento com ele, seja farmacológico ou não, mesmo porque se a gente não confia naquele médico, o tratamento que ele instituir você não vai seguir porque você não confia nele [...] eu vejo idosos com BZD que tomam há muito tempo, e eu não posso chegar pra ele e dizer “vão tirar” vão dizer “ela lá sabe de nada” [...] essa terapia interpessoal é basicamente isso, são várias consultas para esse vínculo [...] é o que a gente vem tentando fazer, mas não tinha um nome científico pra isso” (P14)*

Observa-se a necessidade de vínculo para realizar saúde mental. A melhoria dos arranjos nos atendimentos paralelos, auxiliarão as chances de execução dessas propostas. Esse espaço pode garantir discussão de casos, atendimentos compartilhados, projetos terapêuticos singulares, assim como realização da escuta tão abordada pelos profissionais. O quantitativo de atendimentos não foi a ideia central e sim a qualidade dos mesmos.

*“A medida que a gente for conseguindo consultar, esses pacientes gradativamente, melhor...” (P13)*

Para outros profissionais, o estabelecimento do vínculo é um dos problemas encontrados. Os mesmos sinalizam que essa relação pautada na confiança vai além da disposição dos profissionais em acolher, mas isso também depende dos recursos que o trabalho dispõe. A existência de recursos humanos, por exemplo, influenciam na relação de confiança dos usuários com a equipe e com o cuidado que os mesmos oferecem; (AOSANI; NUNES, 2013).

Realizamos uma vivência de práticas corporais e com a técnica de relaxamento com a participação de todos. A prática gerou comentários da facilidade de execução. Observe:

*“No dia a dia a gente pode fazer isso [...] até pra nossa prática diária do trabalho...” (P2)*

*“às vezes tá estressada, muita coisa pra fazer, e diz “vamos dar uma relaxada, fazer essa prática abdominal...” (P5)*

A demonstração gerou resultado de relaxamento nos presentes. Alternativas propostas deverão ser implantadas, e para garantir a melhoria do uso indiscriminado, outras estruturações deverão ser realizadas, como por exemplo, a classificação de risco de pacientes constantes nos serviços de saúde.

A formação trouxe diversas reflexões, como o conhecimento de estratégias de cunho terapêutico, o entendimento de não concentrar a execução dessas terapias em apenas um profissional. As trocas das experiências exitosas dos grupos e de outros métodos, tornou mais significativa essa formação.

A construção de espaços, para trocas entre trabalhadores, gestores e usuários, pode resultar no desenvolvimento da aprovação profissional e na produção

de si de diversas formas, pois os profissionais ao não se perceberem como protagonistas da mudança de um modelo existente, se distanciam do seus projetos e do seu fazer saúde (AOSANI; NUNES, 2013).

A disponibilidade e habilidade da profissional que conduziu a formação levaram a perceber a responsabilidade da mesma com o serviço municipal e de entrosamento com os demais profissionais, isso promoveu confiança para que outros profissionais reconheçam suas habilidades para realizarem outras formações.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A repetição de receita como a principal forma de tratamento de pacientes para insônia e ansiedade está cada vez mais comum nas diversas unidades de ESF. O uso crônico de BZD tem desafiado gestores e profissionais de saúde para uma maneira eficaz de sua organização e controle.

A realização desse estudo possibilitou desenvolver uma proposta de reorganização da atenção à saúde de usuários de BZD utilizando a pesquisa-ação como metodologia, acolhendo as necessidades e sugestões a partir de entrevistas e de oficinas realizadas com a participação de profissionais da rede de atenção primária e secundária.

O estudo trouxe novas reflexões além dos números de um perfil epidemiológico e assistencial do município, agora através da expressão de profissionais de saúde que lidam diariamente com usuários de BZD. Os resultados corroboraram com o estudo anterior, mas dentro da pesquisa-ação levou a um olhar diagnóstico de planejamento e de ação em prol da melhoria da atenção desses pacientes.

Pôde-se perceber que o uso crônico de BZD assola há mais de 16 anos no município de Catarina-CE, os profissionais reconhecem esse uso indiscriminado, mas não reconhecem qual o seu papel frente à saúde desses pacientes e condicionam o cuidado à medicação e ao profissional médico. Possui também um conhecimento deficiente acerca desses fármacos e uma rede fragilizada, com incompreensões das competências intersetoriais, levando a encaminhamentos errôneos e fragmentação do cuidado.

Ficou expressa a necessidade e o desejo de formação desses profissionais de saúde com a intenção de práticas alternativas de cuidado que proporcionassem melhoria desse uso indiscriminado e um manejo adequado no serviço.

Ao mesmo tempo que os profissionais enxergaram as dificuldades no acompanhamento desses pacientes, as potencialidades também foram manifestadas: possuem equipe unida, total cobertura da saúde da família, profissionais acessíveis, presença de CAPS e NASF no município, entre outros.

As experiências dos profissionais de saúde com as dificuldades e também o reconhecimento de suas potencialidades foram dialogadas e alinhadas nos encontros, e a partir das interações, construíram propostas interventivas para melhoria da atenção de pacientes em uso de BZD.

Os encontros nas oficinas proporcionaram a efetivação de algumas dessas propostas elaboradas pelos participantes, como a articulação da rede, desenho de um cartão-controle e formação dos profissionais para terapias alternativas, onde desta vez, a medicação não foi o centro do cuidado e sim terapias que poderão ser executadas por diferentes profissionais da atenção primária.

Por ocasião da formação, observou-se que a base das terapias abordadas é a conversa, seja ela em grupo ou em consulta individual. Pode ser realizada por uma diversidade de categorias profissionais e por líderes das comunidades, tendo como alvo pacientes com alterações emocionais, usuários de substâncias psicotrópicas e até mesmo pacientes que não possuem diagnósticos dentro da saúde mental.

Além disso, o estudo apresentou efeitos paralelos às propostas, o momento de encontro dos profissionais nas oficinas foi espaço para troca e construção de saberes a partir da manifestação de seus próprios discursos, isso levou a reflexões, favorecendo o surgimento de ideias e do reconhecimento do seu papel profissional, culminando em aprendizado.

No início, alguns profissionais não identificavam suas competências nesse âmbito do cuidado, ao final, passaram a vislumbrar novas possibilidades dentro das práticas em saúde mental, tornando-se protagonistas nessa construção.

O vai e volta do espiral da pesquisa-ação, o não caminhar sequencial das etapas e a aproximação com o novo, proporcionaram uma mistura de receio e aprendizado. O movimento despertou ansiedade na espera dos resultados, mas principalmente interesse nessa (re)construção das práticas profissionais.

Esse dinamismo aflorou em descobertas para além dos questionamentos propostos. O estudo não investigou a relação de profissionais que tinham formação em saúde mental e a condução dos pacientes nesse âmbito do cuidado. No entanto, ficou notório que às práticas em saúde mental e a aproximação com a temática foram melhor evidenciadas por profissionais que possuem formações na área. Isso

leva a crer que as formações contribuem de maneira positiva para a efetivação do manejo da saúde mental na atenção primária.

O estudo proporcionou o desenvolvimento de uma proposta de reorganização da atenção à saúde de usuários de BZD com construção coletiva pelos profissionais do serviço. A consolidação das demais propostas representa um desafio a ser superado por todos, inclusive pela gestão municipal no apoio dessa realização futura.

A pesquisa também possui limitações, ao passo que necessitou ser realizada com um tempo delimitado não sendo possível a efetivação de algumas propostas e aprofundamento diante de um tema complexo. Trata-se de um processo gradativo, com diferentes profissionais, o que desencadeia a necessidade de estudos adjacentes, como processos de trabalho, estudo envolvendo os usuários nessa construção e também de especialistas em psiquiatria.

O desenvolvimento da pesquisa ressignificou o olhar da pesquisadora frente ao uso indiscriminado de BZD e frente à saúde mental. Me coloquei constantemente no lugar dos profissionais da atenção primária participantes do estudo, quando o assunto é “saúde mental”, a deficiência na formação e as escassas ou inexistentes capacitações nos conduzem a fazer o que todos já fazem, sem refletirmos sobre o significado dos nossos papéis e das consequências na qualidade de vida dos pacientes que sempre retornam para lotar a ESF.

Mesmo que seja para repetir as “abomináveis” receitas, os profissionais se sentem “amarrados” a essa dinâmica sem conseguir se movimentar para as mudanças e com uma lógica de que são incapazes de melhorar isso. Convidar a pensar o problema foi uma tarefa desafiadora e a melhor opção para tentar romper práticas estabelecidas. A aproximação com metodologias e técnicas nunca utilizadas, trouxeram aflições e muito aprendizado. A pesquisa mostrou resultados e caminhos que poderão contribuir para outros serviços, trabalhadores, gestores e pesquisadores com interesse ou dificuldades na área.



## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Iran Paes de. **Histórias e Estórias de Catarina**. [S.l.]: ABC, 2007.

AOSANI, Tânia Regina.; NUNES, Karla Gomes. A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos Profissionais de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 71-80, jul. /dez. 2013.

ARAÚJO, Lívina Letícia Costa de.; OLIVEIRA, Eliany Nazaré.; ARAÚJO, Giovanni Grangeiro de.; GOMES, Francisco Régis Araújo Ferreira.; GOMES, Bruna Vieira.; RODRIGUES, Ângelo Brito. Distribuição de Antidepressivos e Benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família de Sobral-CE. **SANARE**, Sobral, v.11. n.1., p. 45-54, jan./jun. 2012.

ASSIST – OMS. **Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias**. Disponível em:

<em[https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_portuguese.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf)>. Acesso em: 5 jul. 2019.

AUCHEWSKI, Luciana; ANDREATINI, Roberto; GALDURÓZ, José Carlos F.; LACERDA, Roseli Boerngen de. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, n.1, p.24-31, 2004.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann.; ANDRADE, Wesley Vieira. A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.3, p.387-94, jul./set., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica, 34**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Cadernos da Atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Ideias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em saúde**. Brasília, DF, 2016.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**, v.1, n.1, 2011, 8p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466/2012**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica; n. 24).

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas**: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Módulo 4, Intervenção Breve. 9ª ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2016.

BRÊDA, M.Z.; ROSA, W.A.G.; PEREIRA, M.A.O.; SCATENA, M.C.M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.13, n.3, p.450-452, mai./jun. 2005.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev. 2007.

CARLINI, E.A. **Drogas Psicotrópicas**. In: NOTO, A.R.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.C.F.; MATTEI, R.; CARLINI, E.A. III Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Meninos e Meninas em Situação de Rua de Cinco Capitais Brasileiras. Brasília: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas, 1994.

CARVALHO, César Gonçalves de. **Educação para saúde sobre o uso de benzodiazepínicos em um PSF de um Município Mineiro Belo Horizonte**. 2017. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Estratégia Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2017.

CHISTÉ, Priscila de Souza. Pesquisa-Ação em mestrados profissionais: análise de pesquisas de um programa de pós-graduação em ensino de ciências e de matemática. **Ciênc. Educ.**, Bauru, v. 22, n. 3, p. 789-808, 2016.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. 2018. Disponível em: <cnes.datasus.gov.br>/ Acesso em: 29 jul. 2018.

COELHO, Magno Nunes. **Proposta de Intervenção para Reduzir o Uso Indiscriminado de Ansiolíticos**, 2015. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2015.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo: UNESP, 2013.

CREUPELANDT, Hanne; ANTHIERENS, Sibyl; HABRAKEN, Hilde; DECLERCQ, Tom; SIRDIFIELD, Coral; SIRIWARDENA, Aloysius Niroshan; CREUPELANDT, Thierry Christiaens. Teaching young GPs to cope with psychosocial consultations without prescribing: a durable impact of an e-module on determinants of benzodiazepines prescribing. **BMC Medical Education**, v. 17, n. 259, 2017.

DUARTE, Viviane de Amorim. **Perfil Epidemiológico e Assistencial de Pacientes em Uso de Benzodiazepínicos na Zona Urbana do Município de Catarina-CE**. 2017. 57f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade) - Escola de Saúde Pública, Fortaleza, 2017.

FEGADOLLI, Claudia; VARELA, Niurka Maria Dupotey; CARLINI, Elisaldo Luis de Araújo. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e00097718, maio 2018. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/769/uso-e-abuso-de-benzodiazepnicos-na-ateno-primria-sade-prticas-profissionais-no-brasil-e-em-cuba>> Acesso em: 5 jul. 2019.

FONSECA, R. M. P. **Revisão integrativa da pesquisa em enfermagem em centro cirúrgico no Brasil: trinta anos após o SAEP**. 2008. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FORSAN, Maria Aparecida. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. 2010. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, MG, 2010.

FORTES, Sandra.; MENEZES, Alice.; ATHIÉ, Karen.; CHAZAN, Luiz Fernando.; ROCHA, Helio.; THIESEN, Joana.; RAGONI, Celina.; PITHON, Thiago.; MACHADO, Angela. **Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a**

Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014.

GALLEGUILLOS, T. et al. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. **Rev. Med. Chil.**, Santiago, v. 131, n.5, p. 535-540, 2003.

GALVÃO, Taís Freire; PANSANI, Thais de Souza Andrade; HARRAD, David. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 335-342, 2015.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da.; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.1, n.2, out./dez. 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. **Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.

GUIMARÃES, Ana Cláudia Oliveira. **Uso e abuso dos benzodiazepínicos: revisão bibliográfica para os profissionais de saúde da atenção básica**. 2013. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

IBIAPINA, I. M. L. M.; BANDEIRA, H. M. M. B.; ARAÚJO, F. A. M. **Pesquisa colaborativa: multirreferenciais e práticas convergentes**. Teresina: EDUFPI, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados populacionais do município de Catarina-Ce**. 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 5 ago. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados populacionais do município de Catarina-Ce**. 2014. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acesso em: 5 ago. 2019.

INFANTE, Maria; NUNES, Joaquim Moreira. **Pesquisa-ação: uma metodologia de consultoria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 224 p.

LIMA, Marcus Vinícius Mafía. **Grande número de dispersão de psicotrópicos de receituário b1 na área de abrangência do ESF Feliciano Lage- MG, Belo Horizonte, Polo Sete Lagoas-MG**, 2017. 54f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

LIMA, Maria Cristina Pereira.; MENEZES, Paulo Rossi.; CARANDINA, Luana.; CESAR, Chester Luiz Galvão.; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo.; GOLDBAUM, Moisés. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.4, p.717-23, 2008.

MARTIN, Philippe; TAMBLYN, Robyn; AHMED, Sara; BENEDETTI, Andrea; TANNENBAUM, Cara. A consumer-targeted, pharmacist-led, educational intervention to reduce inappropriate medication use in community older adults: study protocol for a cluster randomized controlled trial. **Trials**, v. 16, n. 266, 2015.

MARTIN, Philippe; TANNENBAUM, Cara. **Use of the EMPOWER brochure to deprescribe sedative-hypnotic drugs in older adults with mild cognitive impairment**, [s.l.:s.n.], 2017.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v.5, n.1, p. 67-74, 2006.

MELO, Armando Sérgio Emerenciano de.; MAIA FILHO, Osterne Nonato.; CHAVES, Hamilton Viana. Lewin e a pesquisa-ação: gênese, aplicação e finalidade. **Rev. Psicol.**, v. 28, n. 1, p. 153-159, 2016.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem**. [s.l.:s.n.], 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONCRIEFF J. Psychiatric drug promotion and the politics of neo-liberalism. **Br J Psychiatry**, v. 188, p.301-2, 2006.

MORIN, Edgar. **1921 - A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 128p.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

MOURA, Dean Carlos Nascimento de.; PINTO, José Reginaldo.; MARTINS, Pollyanna.; PEDROSA, Kamyla de Arruda.; CARNEIRO, Maria das Graças Dias. Uso Abusivo de Psicotrópicos pela Demanda da Estratégia Saúde da Família: Revisão Integrativa da Literatura. **SANARE**, Sobral. v.15 n.02, p.136-144, jun./dez. 2016.

NORDON, David Gonçalves.; HÜBNER, Carlos von Krakauer. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Diagn Tratamento**, v.14, n.2, p.66-9, 2009.

O'BRIEN, R. An overview of action research methodology. In: Richardson R. **Theory and Practice of Action Research**. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 1998. Disponível em: <http://www.web.ca/~robrien/papers/arfinal.html>. Acesso em: 5 ago. 2019.

OLIVEIRA, Elisangela Costa de.; MEDEIROS, Ana Tereza de.; TRAJANO, Flávia Maiele Pedroza.; CHAVES NETO, Gabriel.; ALMEIDA, Sandra Aparecida de.; ALMEIDA, Luana Rodrigues de. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Esc Anna Nery**, v.21, n.3, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **A Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília, DF: OPS, 2011.

OQUIST, P. The epistemology of action research. **Acta Sociologica**, v. 21, n. 2, p. 143-163, 1978. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/000169937802100204>. Acesso em: 5 ago. 2019.

PACHECO, Rodrigo Lannes de Aguiar. **Projeto de intervenção para redução do uso de benzodiazepínicos na comunidade do bairro de Venda Nova em Campos dos Goytacazes**. 2016. 56f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta do SUS/UNASUS, Rio de Janeiro, 2016.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. **Por uma Sociedade Cuidadora**, Rio de Janeiro: CEPSC/IMS/UERJ ABRASCO, 2010.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RANG, H. P.; DALE, M. M. **Farmacologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M.; MOORE, P.K. **Farmacologia**. [S.l.]: Elsevier Ltda, 2004. 590 p.

RICHARDSON, Roberto Jarry. Como fazer pesquisa-ação?. In: Richardson, Roberto Jarry. (Org.). **Pesquisa-Ação**. João Pessoa: UFPB, 2003.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

SILVA, Francimeiry Amorim da. **Uso de psicofármacos na atenção básica: tecnologias assistenciais para a estratégia saúde da família**. 2014. 145f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro de Ciência da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

SILVA, Vanessa Pereira.; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann.; OLIVEIRA, Valéria Conceição de.; GUIMARÃES, Eliete Albano de Azevedo. Perfil Epidemiológico dos Usuários de Benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v.5, n.1, p.1393-1400, jan./abr. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes/Org**. Paola Trindade Garcia. Regimarina Soares Reis. São Luís: [s.n.], 2018. 54f.

UNITED NATIONS. **The report of the International Narcotics Control Board (INBC): Psychotropic Substances**. New York: United Nations Publication, 2013.

VIART, Bárbara Yaima Guerra. **Projeto de intervenção para reduzir o uso indiscriminado de psicofármacos em idosos na USF José Rodrigues Pinto – Sobrália, MG**. 2015. 65f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Governador Valadares, MG, 2015.

VICENS, Caterina; SEMPERE, Ermengol; BEJARANO, Ferrán; SOCIAS, Isabel; MATEU, Catalina; FIOL, Francisca; PALOP, Vicente; MENGUAL, Marta; FOLCH, Sílvia; LERA, Guillem; BASORA, Josep; LEIVA, Alfonso. **Efficacy of two interventions on the discontinuation of benzodiazepines in long-term users: 36-month follow-up of a cluster randomised trial in primary care C**. [S.l.:s.n.], 2016.

WANDERLEY, Thyago da Costa.; CAVALCANTI, Alessandro Leite.; SANTOS, Silvana. Práticas de Saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v.12, n.1, p.121-126, jan./abr. 2013.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs**. v.52, n.5, p.546-53, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em:

<[http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/safety\\_efficacy/Pharmacovigilance\\_B.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/Pharmacovigilance_B.pdf)>. Acesso em: 14 jun. 2019.

YASUI, Sílvio.; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37. jan./dez., 2008.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A – Entrevista.

**ENTREVISTA (adaptada a partir das perguntas da entrevista de SILVA, 2014)  
(ACS, enfermeiros e médicos)**

Profissão\_\_\_\_\_

Idade\_\_\_\_\_

Sexo\_\_\_\_\_

Tempo de atuação na área\_\_\_\_\_

1. Você sabe quem são os pacientes que utilizam os medicamentos benzodiazepínicos da sua área? Fale da sua prática com esses pacientes.
2. O que você sabe sobre os benzodiazepínicos? (para que são indicados, efeitos, reações, tempo sobre o tratamento, outros...)
3. Como ocorre a integração (comunicação, encaminhamentos, discussão de casos) entre ESF-NASF-CAPS-HOSPITAL?
4. Quais as potencialidades e dificuldades para o acompanhamento (atendimento, manejo, prescrição) dos pacientes que utilizam benzodiazepínicos?
5. Fale como deveria ser organizado o atendimento aos usuários de benzodiazepínicos?

APÊNDICE B – Autorização para Realização da Pesquisa.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS**  
**Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em**  
**Saúde da Família**  
**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA -**  
**RENASF**



Prezado(a) Dr<sup>a</sup> Valéria Rodrigues Cavalcante  
 SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CATARINA-CE

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “**USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A PESQUISA-AÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL**” a qual envolverá os seguintes profissionais da(o): Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana (agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros e médicos); Atendentes dessas unidades de saúde da família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (educadores físicos, psicólogas e assistentes sociais); Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) (médico psiquiatra, médico clínico, enfermeira e coordenadora); Secretária Municipal de Saúde; Coordenador Atenção Básica (AB) do município; Hospital Municipal de Catarina (diretor ou coordenador da enfermagem); Central de Assistência Farmacêutica (CAF) (coordenadora); e Vigilância Sanitária (VISA) (Coordenadora), que aceitem participar do estudo. Para os profissionais que atuam na ESF aplicaremos uma entrevista; após avaliação das entrevistas serão realizados encontros utilizando oficinas, a observação participante, diário de campo, círculo de cultura, coleta de informações e diário de pesquisa para construir uma proposta de reorganização da atenção integral à saúde de usuários benzodiazepínicos deste município e em seguida a execução desta proposta. Vale ressaltar que será oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que nele contém todas as informações necessárias. Para os participantes também ofereceremos o termo de autorização do uso de imagem, pois eles serão avaliados para aprimoramento das habilidades. Esse estudo consiste em uma pesquisa-ação e é essencial para melhorar a assistência prestada aos pacientes que usam benzodiazepínicos. Ocorrerão ganhos de conhecimentos para a prática dos

profissionais, melhoria nos atendimentos e fortalecimento na integração da rede atenção psicossocial, gerando benefícios aos pacientes, profissionais, familiares e comunidade.

Todos os profissionais serão convidados a participar de uma mini-exposição explicando o que é a pesquisa-ação, e dados do perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos de Catarina-CE.

Em seguida será oferecido o TCLE e somente participarão da pesquisa quem aceitar e assiná-lo. A coleta de dados da pesquisa será iniciada no 1º semestre de 2019, sendo conduzida pela pesquisador(a) responsável Viviane de Amorim Duarte do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes e somente se iniciará a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta secretaria de saúde, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Catarina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Viviane de Amorim Duarte  
(Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF/UECE)

APÊNDICE C - Termo de Anuência.



GOVERNO MUNICIPAL DE CATARINA  
 SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
 RUA OSTERNO FEITOSA FERRO S/N – PEDREIRAS  
 CEP: 63.595 – 000 - Catarina – CE Fone/Fax: (88) 3556-1256  
 E-mail: saudedecatarina@gmail.com  
 CNPJ.: 10.245.720/0001-70



Eu, Valéria Rodrigues Cavalcante, secretária de saúde do município de Catarina-CE, autorizo a realização da pesquisa com título “**USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A PESQUISA-AÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL**” a ser realizada por Viviane de Amorim Duarte, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará-UECE – Programa RENASF (Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família), a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE.

Autorizo a pesquisadora a utilizar o espaço dos equipamentos de saúde deste município para o desenvolvimento da pesquisa-ação com os profissionais desta Secretaria Municipal de Saúde. Afirmando que não haverá qualquer implicação negativa aos profissionais que não queiram ou desistam de participar do estudo. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em Especial a Resolução CNS 466/2012.

Catarina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

---

Dr<sup>a</sup> Valéria Rodrigues Cavalcante  
 Secretária Municipal de Saúde de Catarina-CE

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
--

O (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título **“USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A PESQUISA-AÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL”** que será realizada no Município de Catarina-Ceará. Que tem como objetivo, **Desenvolver uma proposta de reorganização da atenção integral a saúde dos usuários de benzodiazepínicos por meio da pesquisa-ação no município de Catarina-CE.** Assim, pedimos a sua colaboração para participar neste estudo para responder a uma entrevista, sobre a atenção à saúde com usuários de benzodiazepínicos. Solicito também sua autorização para realizar gravações de áudio e vídeos e registros de fotos dos encontros, conversas e oficinas durante o período da pesquisa. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo independente da sua opinião sobre o assunto. Na entrevista todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Os benefícios desta pesquisa será sua contribuição para produção de conhecimentos que possam aprimorar a qualidade da assistência a pessoas que utilizam benzodiazepínicos. Os riscos em relação a esta pesquisa poderá ser constrangimentos ou algum tipo de incômodo em compartilhar as informações pessoais ou confidenciais realizadas durante a entrevista, ou me receber em seu domicílio, caso isto venha ocorrer terá assistência integral por mim, aconselharei e apoiarei, pois fui treinada para estes possíveis riscos, você poderá ou não expressar seus sentimentos, como também não aceitar ou desistir. Sua participação é voluntária e o(a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar desta, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou encontros científicos, sempre resguardando sua identificação. Nós nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, para gestores, pacientes e profissionais em momento agendado após término da pesquisa, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona de segunda a sexta de 8 às 12hs e de 13 às 17hs na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Eu, \_\_\_\_\_ tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Catarina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2019.

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pesquisadora: Viviane de Amorim Duarte, enfermeira, mestranda em saúde da família- UECE-RENASF / Contato: (88) 9.9729-5848. E-mail: [vivi\\_catarina\\_ce@hotmail.com](mailto:vivi_catarina_ce@hotmail.com)