

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SAMIR WALI NUNES SOUKI

DESCONTINUAÇÃO DO USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPÍNICOS
PELOS USUÁRIOS – Plano de intervenção

BOM DESPACHO - MG

2013

SAMIR WALI NUNES SOUKI

**DESCONTINUAÇÃO DO USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPÍNICOS
PELOS USUÁRIOS – Plano de intervenção**

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

Orientadora: Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima

Bom Despacho - MG

2013

SAMIR WALI NUNES SOUKI

**DESCONTINUAÇÃO DO USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPÍNICOS
PELOS USUÁRIOS – Plano de intervenção**

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

Orientadora: Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima

Banca Examinadora

Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima - Orientadora

Prof.^a Eulita Maria Barcelos - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte em 11/01/2014

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade da busca pelo conhecimento.

À minha família por me apoiar em cada passo.

Aos grandes Mestres de ontem e de hoje que trilharam o caminho que percorremos.

Aos atenciosos tutores do curso Alisson Araújo e Marisa Couto.

À minha dedicada orientadora Virgiane Lima toda a minha gratidão.

*“Minha vida, nossas vidas
formam um só diamante.
Aprendi novas palavras
e tornei outras mais belas”*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Os Benzodiazepínicos (BZDs) são drogas largamente utilizadas na prática clínica e muito efetivas quando corretamente indicadas. Seus efeitos benéficos incluem principalmente ação ansiolítica, hipnótica, miorrelaxante e anticonvulsivante. Entretanto, sua prescrição não criteriosa pode levar à tolerância, dependência e abstinência, desencadeando um quadro de uso crônico que tem se mostrado um problema de saúde pública em muitos países. Este estudo iniciou-se a partir da constatação do uso crônico de BZDs na Unidade Básica de Saúde PSF - São Paulo em Divinópolis/MG em 2013. Este plano de intervenção, munido de um plano de ação que tem como base a integralidade dos indivíduos, tem como objetivo além da descontinuação do uso crônico de BZDs promover uma melhora na qualidade de vida e na saúde da população. Através do diagnóstico situacional foi realizada uma minuciosa análise dos problemas da área de abrangência e dos atores nela envolvidos, de forma que, depois de mapeados os nós críticos tornou-se possível elaborar ações estratégicas seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional.

Descritores: Benzodiazepínicos. Atenção Primária à Saúde. Uso crônico.

ABSTRACT

The Benzodiazepines (BZDs) are drugs widely used in clinical practice and very effective when properly indicated. Its beneficial effects mainly include anxiolytic, hypnotic, anticonvulsant and muscle relaxant action. However, not careful prescription can lead to tolerance, dependence and abstinence, triggering a situation of chronic use that has been a public health problem in many countries. This study started from the observation of chronic use of BZDs in the Basic Health Unit PSF - Sao Paulo in Divinópolis / MG in 2013. This intervention plan, armed with an action plan that is based on the totality of the individuals, aims beyond the discontinuation of chronic use of BZDs to promote an improved quality of life and health of the population. Through situational diagnosis, a detailed analysis of the problems of the area and the actors involved in it was done, so that after the critical points were mapped it was possible to develop strategic actions following the method of Situational Strategic Planning.

Key-Words: Benzodiazepines. Primary Health Care. Chronic Use.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCOM: Associação ao Combate ao Câncer do Centro-Oeste de Minas

ABS: Atenção Básica à Saúde

ACS: Agente Comunitária de Saúde

APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

BZDs: Benzodiazepínicos

CAPS: Centro de atenção Psicossocial

CEMEI: Centro Municipal de Educação Infantil

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

CERSAM: Centro de Referência em Saúde Mental

CRER: Centro Regional de Reabilitação

DM: Diabetes Mellitus

ESF: Estratégia de Saúde e da Comunidade

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HSJD: Hospital São João de Deus

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PACS: Programa de Agente Comunitários de Saúde

PES: Planejamento Estratégico Situacional

PSF: Programa da Saúde da Família

SAE: Serviço de Atenção Especializada

SIAB: Sistema de Informações da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

TFD: Tratamento Fora do Domicílio

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 17 |
| 3 OBJETIVO..... | 18 |
| 4 METODO..... | 18 |
| 5 REVISÃO DE LITERATURA..... | 19 |
| 5.1 - História..... | 19 |
| 5.2 Farmacodinâmica..... | 20 |
| 5.3 Indicações Terapêuticas..... | 21 |
| 5.4 Benzodiazepínicos mais utilizados..... | 21 |
| 5.5 Efeitos colaterais..... | 22 |
| 5.6 Uso Abusivo..... | 24 |
| 6 PLANO DE AÇÃO..... | 25 |
| 6.1 Primeiro Passo: Definição dos problemas..... | 25 |
| 6.2 Segundo Passo: Priorização dos problemas..... | 26 |
| 6.3 Terceiro Passo: Descrição do problema..... | 27 |
| 6.4 Quarto passo: explicação do problema..... | 27 |
| 6.5 Quinto passo: Nós críticos | 28 |
| 6.6 Sexto passo: desenho das operações..... | 29 |

| | |
|-------------------------------------------------|-----------|
| 6.7 Sétimo passo: Recursos críticos..... | 30 |
| 6.8 Oitavo Passo: Viabilidade..... | 30 |
| 6.9 Nono passo: plano operativo..... | 32 |
| 6.10 Décimo passo: Gestão do plano..... | 33 |
| | |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 36 |
| | |
| 8 REFERÊNCIAS..... | 37 |

1 INTRODUÇÃO

Em 1988, a promulgação da nova Constituição Brasileira estabeleceu o lema: "Saúde é direito de todos e dever do Estado", o que significa que todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL 1991).

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil na década de 90 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorreu de um momento histórico-social, pois o modelo tecnicista/hospitalocêntrico já não atendia mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas (ROSA; LABATE, 2005).

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático, universal, igualitário e integral constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, principalmente para o cotidiano dos serviços de saúde. A perspectiva é de que as políticas de saúde se materializam na "ponta" do sistema, ou seja, mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços (PINHEIRO; LUZ, 2003 *apud* ALVES, 2005).

Tamanha é a importância das equipes de PSF que, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL 2000).

Contextualizando o município, Divinópolis se localiza no Centro-Oeste de Minas Gerais, possui aproximadamente 226.345 habitantes (IBGE, 2013) e é considerada a quinta cidade com melhor IDH - índice de Desenvolvimento Humano do Estado.

Em sua infraestrutura a cidade tem o Rio Pará como o principal fornecedor de energia elétrica através da Usina do Gafanhoto, que está integrada ao sistema CEMIG. O fornecimento de água tratada é feito pela COPASA, com captação de água às margens do Rio Itapecerica.

A Cidade possui diversas festas e atrações culturais, dentre as quais recebem destaque a Festa da Cerveja, Divina expo, Divina folia, Festa a fantasia, festivais, cinemas, Teatro Usina Gravatá, Museu Histórico, bares e casas de show. Divinópolis possui um clube de futebol, o Guarani, cuja sede fica no bairro Porto Velho, onde também está sediado o estádio Waldemar Teixeira de Faria, o Farião. A religião predominante é a católica, mas também existem várias igrejas protestantes e casas espíritas.

Em relação aos recursos de saúde, Divinópolis é sede da macrorregião oeste e microrregião de Divinópolis, sendo habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB 96). É referência para exames e consultas de média complexidade, além de ser onde se localiza a sede da Gerência Regional de Saúde – GRS.

O PSF foi implantado no município em 1996, com quatro equipes, que com o tempo foram se adequando às normas do Ministério da Saúde (MS). Atualmente a cidade conta com dezoito unidades de Equipe de Saúde da Família (ESF) que fazem cobertura de 30% da população, sendo três na zona rural; dois Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); quinze Centros de saúde convencionais; uma Unidade de Pronto Atendimento Central (UPA central); um laboratório central; uma central de abastecimento farmacêutica; uma policlínica; um Serviço de Atenção Especializada (SAE); um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM); um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); um hospital psiquiátrico; um Hospital do Câncer – Associação de Combate ao Câncer do Centro-Oeste de Minas (ACCCOM); um Centro Regional de Reabilitação (CRER); três hospitais particulares e um hospital filantrópico com atendimento SUS. Está sendo construído o Hospital Municipal e outra UPA.

O principal centro de referência de Divinópolis para Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é Belo Horizonte. Já os casos de terapia de prótese auditiva e

ortopedia ambulatorial são referenciados para a cidade de Formiga. Para Santo Antônio do Monte são encaminhados para o Centro Viva Vida os casos relacionados a planejamento familiar (laqueadura tubária e vasectomia) e infertilidade. Em Divinópolis existem vários ambulatórios de especialidades onde são determinadas cotas mensais para consultas e procedimentos de média complexidade que atualmente somam, na ESF São Paulo, cerca de 140 atendimentos por mês.

Algumas instituições de apoio têm contratos com o município e prestam serviços ambulatoriais e de diagnóstico, assim Divinópolis conta com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), o Centro de Medicina Nuclear – INAL, o Hospital São João de Deus (HSJD) e a Clínica São Bento Menni.

A ESF São Paulo foi implantada em agosto de 2001 e funciona em uma casa alugada, tendo o espaço físico sido adaptado para ser uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Embora seja pequeno para abrigar toda a equipe, o espaço é aproveitado da melhor maneira possível. Existem alguns aspectos relacionados à estrutura física que dificultam o processo de trabalho, tais como: falta de acessibilidade para dependentes de cadeira de rodas e outras incapacidades; o terraço (espaço destinado para reuniões e atendimento da psicóloga) tem acesso difícil. A sala de vacina não é climatizada. Algumas paredes estão mofadas, os consultórios tem pouca privacidade, a sala de curativos é pouco equipada e falta de espaço adequado para realização de procedimentos.

Em relação à área física, a unidade não possui a planta física, os espaços físicos destinados à realização das atividades de saúde a serem oferecidas aos usuários são precários, o que influencia a qualidade da atenção prestada à população. A falta de manutenção e o estado de conservação da estrutura física são ruins e ainda não está adequada para o atendimento ao público conforme a referência. A construção ou ampliação desses espaços é hoje um grande desafio para os gestores municipais.

A equipe multiprofissional da ESF São Paulo é bem articulada e possui bom relacionamento entre os membros. Ela é composta por um médico, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, quatro agentes comunitárias de saúde, um agente de endemias, um motorista e uma

coordenadora, todos trabalhando em horário integral. Também compõe a equipe uma fisioterapeuta e uma psicóloga, ambas prestando atendimento 01 e 02 vezes por semana, respectivamente.

A equipe trabalha e se responsabiliza por um território de abrangência definido. O cadastramento dos usuários é realizado através de visitas domiciliares pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e contém a identificação dos componentes familiares, morbidade, condições de moradia, saneamento e condições ambientais. Assim, os dados coletados pelas ACS servem não apenas para gerar ações no âmbito da saúde, mas também em outras áreas da gestão municipal, objetivando a melhoria de qualidade de vida da população.

As informações seguintes sintetizam os dados coletados e analisados por ocasião do diagnóstico situacional da equipe de saúde da família São Paulo. Os dados foram coletados através de SIAB, IBGE, ficha A, entrevistas com informantes-chaves e observação ativa. Esse trabalho é resultado da participação ativa de profissionais de saúde, comunidade e atores sociais.

A UBS São Paulo está localizada no bairro Realengo, periferia do sudeste de Divinópolis e atualmente se responsabiliza por 3.796 pessoas. O território da ESF é muito extenso, de forma que muitas áreas ficam distantes da UBS. Algumas regiões são pouco habitadas, existem muitos lotes vagos sem cuidados e muitos usuários têm dificuldade de acesso devido à rodovia, rio, erosões e falta de meios de transporte.

A área central da cidade, onde está a Policlínica e UPA Central, fica a uma distância considerável da UBS (7 a 9 km). A maioria dos bairros tem muitas ruas sem pavimentação e erodidas, não existem áreas de lazer adequadas e a segurança pública é precária. A região enfrenta vários problemas de infraestrutura, que oferecem riscos à saúde da população e que têm grande relevância epidemiológica, interferindo no processo saúde-doença da população, um exemplo é a rede de saneamento básico, onde cerca de 54% da população não possui esgoto.

No território existem dois centros de ensino, sendo um Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI) onde estudam alunos de 02 a 05 anos de idade e uma escola municipal com crianças do 5º ao 9º período.

A população trabalha principalmente na indústria têxtil, siderurgia, prestação de serviços e economia informal. Existem muitos indivíduos desempregados e subempregados, caracterizando uma população de baixa renda, onde 81% das famílias vivem com até três salários-mínimos. Devido a essa situação de risco social, parte das famílias fica expostas às circunstâncias da pobreza, violência, uso de drogas ilícitas, entre outras. Os costumes são variados mesclando área de comportamento basicamente rural e outra de hábitos tipicamente urbanos.

No território observa-se pouca participação social em atividades relacionadas à saúde, o Conselho Distrital de Saúde atualmente está desativado e os usuários não se interessam em participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Existe pouco protagonismo dos pacientes frente aos cuidados necessários à sua saúde (atitude passiva) e são frequentes as reclamações pontuais sem interesse na coletividade.

Cerca de 30% das pessoas da área de abrangência da ESF São Paulo possui plano de saúde privado, mas frequentemente demandam de atendimentos e procedimentos do SUS. Comumente os pacientes que buscam atenção na saúde complementar vão à UBS solicitando a transcrição das medicações para o receituário do SUS para adquirir as medicações gratuitamente. Outro ponto importante é a busca por curandeiros, religiosos e benzedadeiras para solucionar os problemas de saúde. A automedicação frequentemente é um problema.

A ESF São Paulo tem hoje 1.100 famílias cadastradas, abrangendo 09 bairros e divida em 04 microáreas. A área de abrangência faz fronteira ao sul com o município de São Sebastião do Oeste, ao norte com a ESF Belvedere, a leste com a ESF Santos Dumont e a oeste com a ESF Morada Nova.

Também existem na nossa área de abrangência 04 instituições sendo 02 de apoio ao menor em risco e 02 de usuários em reabilitação por uso de drogas. Existe uma população flutuante que trabalha na construção do Hospital Municipal e que frequentemente procura a UBS na demanda espontânea.

A ESF possui como apoio o Centro de Saúde tradicional São José, que está localizado a 5 km da UBS, onde são referenciadas consultas de pediatria e

ginecologia, além da distribuição de medicamentos e coleta de material para exames laboratoriais.

Na UBS São Paulo após a realização da análise situacional, foi possível perceber que as doenças predominantes são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), dislipidemia, gravidez na adolescência, alcoolismo e transtornos psiquiátricos com grande demanda por fármacos psicotrópicos.

Fazendo uma análise minuciosa dos nós críticos da saúde na UBS São Paulo constatou-se o uso abusivo e crônico de benzodiazepínicos (BZDs) em parte dos usuários. Frequentemente há dificuldade em localizar no prontuário dos pacientes o início das prescrições, qual a indicação inicial, presença de comorbidades psiquiátricas, monitoramento dose/efeito ou tentativas de descontinuação da medicação. Assim, este problema foi priorizado e iniciou-se o estudo do assunto e de como abordá-lo na prática para que uma intervenção fosse possível.

Os BZDs estão entre os medicamentos psicotrópicos mais consumidos em diversos países no mundo, sendo usados principalmente para tratamento de transtorno de ansiedade e como indutores de sono (SOUZA; OPALEYE; NOTO; 2013).

O consumo de BZDs no Brasil é influenciado por diversos fatores que vão desde a facilidade médica em receitá-los e a automedicação, até a popularização entre pares através do empréstimo e/ou indicação dos usuários para familiares ou amigos (MENDONÇA; CARVALHO, 2005 *apud* SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013). Além disso, muitas características da sociedade moderna como estresse no ambiente de trabalho, má remuneração, desmotivação e longas jornadas de trabalho também favorecem o uso de BZDs (FIRIMINO *et al.*, 2011 *apud* SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

O uso prolongado de BZDs frequentemente está associado a eventos na vida, problemas de insônia e transtornos mentais, incluindo depressão e ansiedade.

Nesse sentido, o abuso e a dependência de BZDs ganham grande relevância para a saúde pública (PARR *et al.*, 2006 *apud* SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

O uso indevido de BZDs (que é definido como o uso sem supervisão médica ou em quantidades/prazos superiores ao preconizado para tratamento) tem crescido nos últimos anos e se tornado objeto de preocupação na área de saúde pública junto com outros medicamentos psicotrópicos (MILLER, 2009 *apud* SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013). Para os casos de insônia e/ou ansiedade, a recomendação é que o uso de BZDs não ultrapasse quatro semanas (LADER; TYLEE; DONOGHEUE, 2009 *apud* SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

Este trabalho se justifica pela situação constatada no princípio de 2013 na UBS São Paulo, que chamava a atenção do ponto de vista psicofarmacológico. Alguns pacientes estão em uso de BZDs há mais de uma década. Desta forma, o problema foi abordado em uma das reuniões da equipe e posteriormente proposto o plano de intervenção que vem a ser o tema deste trabalho.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para proporcionar a descontinuação do uso crônico de benzodiazepínicos.

4 MÉTODO

Este trabalho consiste em um plano de intervenção para proporcionar a descontinuação do uso crônico de BZDs pelos usuários na Atenção Básica da ESF São Paulo em Divinópolis-MG. O estudo foi realizado no ano de 2013 na cidade de Divinópolis em Minas Gerais através da realização do diagnóstico situacional e foi possível conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas relacionados à saúde e enfrentados pela ESF. Para tornar possível esta intervenção foram planejadas algumas estratégias no atendimento de pacientes com necessidade de descontinuação de BZDs, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

As informações coletadas foram obtidas através do contato diário com os pacientes, reuniões com profissionais de saúde da unidade e contato direto com a Secretaria Municipal de Saúde.

Os dados foram levantados através dos registros da unidade, entrevistas e observação ativa na comunidade.

Para a construção deste plano foram utilizados trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados: Biblioteca Virtual do NESCON - Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO e LILACS. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes que foram utilizados foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, Ministério da Saúde e arquivos da própria unidade de saúde PSF- São Paulo.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 História

Segundo o tratado de farmacologia de Rang, *et al* (2011) o primeiro benzodiazepínico descoberto foi o Clordiazepóxido, sintetizado acidentalmente em 1961, tendo sido produzido o incomum anel de sete membros em decorrência de uma reação que deu errado nos laboratórios Hoffman-La Roche. Sua atividade farmacológica ainda não conhecida foi observada em um procedimento de triagem de rotina, e em pouco tempo os BZDs se tornaram os fármacos mais amplamente prescritos na farmacoterapia.

Nos anos 70 os BZDs foram amplamente prescritos para transtornos de ansiedade tendo sido considerado uma opção terapêutica segura e de baixa toxicidade. Porém, no final desta mesma década começava a ser observado um potencial de uso nocivo e risco de dependência entre os usuários (NASTASY, 2002 *apud* CPSM/SMS – Rio, 2006).

No começo dos anos 80, quando se demonstrou que 50% dos usuários crônicos de benzodiazepínicos evoluíam com uma síndrome de abstinência esta visão “complacente” pelos BZDs alterou-se acentuadamente (LARANJEIRA, 1996).

Hoje em dia, os BZDs ainda possuem indicações precisas para controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, mas continuam sendo prescritos de modo indiscriminado, tanto por psiquiatras quanto por médicos de outras especialidades (HOLDEN, 1994 *apud* NASTASY, 2002).

5.2 Farmacodinâmica

De acordo com Rang, *et al* (2011, p. 533):

Os benzodiazepínicos atuam seletivamente nos receptores GABA_A que mediam a transmissão sináptica inibitória em todo sistema nervoso central. Os benzodiazepínicos intensificam a resposta ao GABA facilitando a abertura dos canais de cloreto ativados pelo GABA. Eles se ligam especificamente a um sítio regulatório do receptor, distinto do sítio de ligação ao GABA, e atuam alostericamente, aumentando a afinidade do GABA pelo receptor. Registros de canais únicos mostram o aumento da frequência da abertura dos canais por uma dada concentração de GABA, mas não há alteração na condutância ou tempo médio em que ficam abertos, o que é compatível com um efeito sobre a ligação com o GABA, e não com o mecanismo de controle de passagem dos canais. Os benzodiazepínicos não afetam os receptores para outros aminoácidos, como a glicina ou o glutamato.

Os BZDs são drogas altamente lipossolúveis, o que lhes permite uma absorção completa e penetração rápida no SNC, após a ingestão oral. A lipossolubilidade é variável entre os BZDs; o Midazolam e o Lorazepam também possuem boa hidrossolubilidade e são agentes seguros para a administração intramuscular. Já o Diazepam e o Clordiazepóxido são altamente lipossolúveis e, por isso, têm distribuição errática quando administrados por essa via (GORESTEIN; POMPÉIA, 1999 *apud* NASTASY, 2002).

A metabolização dos BZDs é hepática e são eliminados como conjugados de glicuronídeo na urina. Há uma grande variação na duração da ação, de forma que podem ser divididos, de maneira aproximada, em compostos com ação curta, média e longa. A duração da ação tem alta relevância clínica, já que aqueles com curta ação são úteis como hipnóticos com redução da ressaca ao acordar, já os de ação

longa são mais bem indicados como ansiolíticos e anticonvulsivantes (RANG, *et al.*, 2011, p. 536).

5.3 Indicações Terapêuticas

“Os principais efeitos e uso terapêutico dos benzodiazepínicos são: redução da ansiedade e agressividade, indução do sono e sedação, redução do tônus muscular, anticonvulsivante e amnésia anterógrada” (RANG, *et al.*, 2011, p. 534).

De acordo com Salzman (1990) os BZDs são indicados principalmente para o tratamento agudo e subagudo de ansiedade, insônia e crises convulsivas, embora no passado, tenham sido usados como primeira linha de tratamento para vários transtornos, principalmente psiquiátricos.

Quando utilizados para quadros de ansiedade, frequentemente os médicos banalizam o uso dos BZDs, o que contribui para seu abuso e dependência no futuro. Embora eles possam ser muito eficientes nos quadros de ansiedade aguda, o uso diário desse tipo de psicotrópico não deve ser recomendado nos transtornos de ansiedade crônica (PEREIRA, 2013).

Muitas vezes eles podem (e às vezes devem) ser introduzidos no início do tratamento da ansiedade ou em momentos de piora eventual do quadro, mas é importante que também seja associado um antidepressivo, medicação que apresenta ação ansiolítica sem gerar dependência física ou problemas cognitivos de longo prazo (PEREIRA, 2013).

5.4 Benzodiazepínicos mais utilizados

O estudo de Mattioni (2003) constatou que o Diazepam é mais consumido, seguido de Bromazepam e Alprazolam. Também é importante ressaltar que 5,35% dos consumidores já fizeram uso de dois tipos de BZDs, tendo como um dos componentes desta associação o Diazepam. Este estudo demonstrou ainda que 27,7% dos usuários estão na faixa etária acima de 60 anos de idade, população considerada idosa.

Já o estudo de Firmino (2011) realizado na atenção primária de Coronel Fabriciano-MG revelou que os BZDs mais prescritos foram o Diazepam 10mg em 59,7% da amostra, seguido pelo Clonazepam 2mg em 40,2% da amostra. No mesmo estudo aproximadamente 75% das prescrições destinavam-se a mulheres e indivíduos adultos, já o número de idosos recebendo prescrição de BZDs foi de aproximadamente 25%.

Embora existam algumas divergências nos dois estudos, ambos apontaram o Diazepam como o BZD mais consumido.

5.5 Efeitos colaterais

Como qualquer outra droga os BZDs possuem efeitos adversos, e estes podem ser divididos em três categorias: efeitos tóxicos devido à superdosagem aguda, efeitos adversos que ocorrem durante o uso terapêutico rotineiro, tolerância e dependência (RANG *et al.*, 2011).

A superdosagem por BZDs é consideravelmente menos perigosa que por outros ansiolíticos e hipnóticos. Na intoxicação aguda eles geralmente causam sono prolongado sem depressão respiratória ou cardiovascular grave quando usados isoladamente. Entretanto, na presença de outros depressores do SNC, particularmente o álcool, podem causar depressão respiratória grave ou até risco de morte. Isso é um problema frequente quando eles são usados como fármacos recreacionais. Felizmente existe um antagonista eficaz, o flumazenil, capaz de neutralizar uma superdosagem aguda, o que não é possível na maioria dos depressores do SNC (RANG *et al.*, 2011).

O uso indevido de ansiolíticos esteve associado à cerca de um terço das visitas às emergências hospitalares em decorrência de intoxicação medicamentosa nos Estados Unidos (Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA, 2008 *apud* SOUZA; OPALEYE; NOYO, 2013), e ainda que com limitada evidência, estudos apontam uma associação entre o uso de BZDs e o aumento da mortalidade (CHARLSON, 2009 *apud* SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

Com relação ao uso prolongado, a administração crônica mesmo em doses baixas, induz a prejuízos persistentes nas funções cognitivas e psicomotoras (GORENSTEIN, 1993 *apud* AUCHEWSKI, 2004). Os efeitos colaterais mais comuns são sonolência, confusão mental, amnésia e comprometimento da coordenação, o que afeta consideravelmente as habilidades manuais, como por exemplo, o desempenho ao volante (RANG, *et al.*, 2011).

A tolerância (quando doses progressivas são necessárias para produzir o efeito procurado) ocorre com todos os BZDs, assim como a dependência, que é seu principal inconveniente. A tolerância possivelmente representa uma mudança em relação aos receptores, mas tal mecanismo ainda não é bem compreendido (WAFFORD, 2005 *apud* RANG, 2011).

A dependência é um grande problema. Em indivíduos normais e em pacientes em uso crônico, a suspensão abrupta do tratamento depois de semanas ou meses pode causar aumento dos sintomas de ansiedade, juntamente com tremores, tonturas, perda de peso e sono perturbado devido ao aprofundamento do sono REM. Por isso é recomendado que a retirada dos BZDs seja realizada gradativamente, evitando assim o surgimento da síndrome de abstinência, que muitas vezes pode ser grave (RANG *et al.*, 2011).

O efeito da dependência deve ser amplamente prevenido pelo médico através do uso de dosagens mínimas necessárias para o tratamento, por um período o mais curto possível e pela seleção cuidadosa do paciente, evitando prescrever esse tipo de medicamento a pacientes com história ou propensos à drogadição (ASHTON, 1994 *apud* AUCHEWSKI, 2004).

A orientação médica relacionada ao seu uso é um fator muito importante para minimizar a incidência dos efeitos colaterais (TANSKANEN, 2000 *apud* AUCHEWSKI, 2004). Os pacientes que utilizam medicação benzodiazepínica devem ser orientados a respeito de possível ocorrência de diminuição do nível de atenção que, conseqüentemente, pode aumentar o risco de acidentes com automóveis e outras atividades psicomotoras (BLAIN, 2000 *apud* AUCHEWSKI, 2004).

5.6 Uso Abusivo

De acordo com Chaimowicz (2013,p. 60) “latrogenia pode ser definida como o prejuízo provocado a um paciente pela omissão ou ação dos profissionais de saúde, mesmo que a intervenção tenha sido bem indicada e adequadamente realizada”.

Apesar de os BZDs terem indicações de uso precisas, um estudo da OMS revelou que a maioria dos médicos entrevistados prescrevia estas medicações para as seguintes indicações clínicas: distúrbio do sono, ansiedade, depressão, dores nas costas, nervosismo e tensão, epilepsia, infarto do miocárdio, síndrome de estresse, agressividade, angina pectoris, tétano, hipertireoidismo e transtornos psicossomáticos (WHO, 1998 *apud* CPSM/SMS – Rio, 2006).

O abuso tem uma história há décadas. Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso destes medicamentos pela população chegou a atingir 11,1% em 1979, diminuindo para 8,3% em 1990 (OLIVER; GERALD; BABIAK, 1998).

No Brasil a situação não é menos alarmante. Em um levantamento domiciliar nacional realizado em 2001, 3,3% dos entrevistados (entre 12 e 65 anos) afirmaram uso prévio destes medicamentos sem receita médica (NOTO, 2002). Em outro levantamento, com estudantes da rede pública de ensino de dez capitais brasileiras, 5,8% dos entrevistados afirmaram já ter feito uso de ansiolíticos sem prescrição (GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 1997 *apud* ORLANDI; NOTO, 2005).

No estudo transversal realizado por Mattioni (2005) com indivíduos entre 20 e 92 anos revelou uma prevalência de uso de 10,9%, sendo que 19,3% já tinham feito uso de algum BZD alguma vez na vida. Com relação ao perfil dos usuários, 71,1% foram do sexo feminino na faixa etária entre 50 e 59 anos. Com relação ao tempo de uso, 58,6% utilizaram BZDs por mais de dois anos, sendo o mais frequente o Diazepam, cuja prescrição foi realizada em sua maioria pelo médico clínico geral, as queixas clínicas mais referidas foram insônia e nervosismo.

A irracionalidade no uso vem sendo uma prática muito comum entre os profissionais médicos que, muitas vezes, não apresentam conhecimento necessário de psicofarmacologia, o que torna a prescrição um ato acrítico e desbalanceado.

Mostra-se necessário a adoção de medidas urgentes que estimulem o uso racional destes medicamentos (LARANJEIRA, 1995 *apud* AUCHEWSKI, 2004).

Paralelo a essas questões, Lader (2009), em ampla revisão internacional sobre a descontinuação de BZDs na rede básica de saúde, ressaltou que os eventos adversos desses medicamentos são bem documentados e é crescente o número de pesquisas que questionam sua efetividade. Da mesma forma, o potencial para abuso e dependência tem se tornado mais aparente e a descontinuação do uso deve ser incentivada (LADER; TYLEE; DONOGHEUE, 2009 *apud* SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

Em um relatório sobre o uso de substâncias psicoativas, a OMS (1998) considerou o consumo crônico de BZDs potencialmente danoso à saúde e salientou que o conhecimento dos fatores que influenciam o início e a continuação do uso é incompleto (OMS, 1998 *apud* BICCA; ARGIMON, 2008). Isto está de acordo com o estudo de Barker (2004) que versa sobre a ampla prescrição destas medicações e a falta de estudos que avaliem a alteração da habilidade cognitiva depois de muito tempo de uso de BZDs (BARKER et al, 2004 *apud* BICCA; ARGIMON, 2008) .

Poyares (2005) afirma que o uso continuado de BZDs dificilmente encontra indicação farmacológica, principalmente porque pode causar tolerância à medicação e dependência. Além do que, embora sejam drogas relativamente seguras, tem tido restrições em sua utilização cada vez maior, por causa da incidência de seus efeitos colaterais.

Na literatura científica existem divergências entre autores no que se refere ao tempo de uso ideal e a conceituação de “uso crônico”. Sendo assim, o atual estudo seguirá as recomendações de Lader; Tylee; Donogheue (2009) que considera uso crônico qualquer indivíduo que faça uso de BZDs há mais de quatro semanas.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Primeiro Passo: Definição dos problemas

De acordo com Campos; Faria; Santos (2010,p. 29):

De modo geral, um problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Entretanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada.

Ainda segundo Campos; Faria; Santos (2010), os problemas podem ser categorizados em terminais e Intermediários. Os intermediários são aqueles vividos no cotidiano da organização, eles causam interferências na qualidade final dos produtos ou dos serviços prestados. Já os terminais são aqueles vividos diretamente pelos clientes ou usuários da organização, e devem ser o alvo do planejamento. Para enfrentar os problemas terminais, inevitavelmente, deve-se enfrentar os problemas intermediários que interferem ou são causadores dos problemas finais.

Para encontrar os problemas mais importantes da área estudada, foi utilizado o método da Estimativa Rápida durante a fase de planejamento e diagnóstico situacional.

A Estimativa Rápida é uma maneira de se obter em um curto período de tempo e sem altos custos, informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para seu enfrentamento. Ela envolve a população na identificação das suas necessidades e também os atores sociais que controlam os recursos para o enfrentamento dos problemas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Em relação às enfermidades identificadas na área de abrangência devemos frisar a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), falta de planejamento familiar, violência e abuso de psicotrópicos. Esses dados foram levantados através dos registros da unidade, entrevistas e observação ativa na comunidade.

6.2 Segundo Passo: Priorização dos problemas

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacitação de enfrentamento | Seleção |
|----------------------|-------------|----------|------------------------------|---------|
| Abuso de BZDs | Alta | 7 | Parcial | 1 |

| | | | | |
|--------------------------------|------|---|---------|---|
| Alta incidência de HAS e DM | Alta | 7 | Parcial | 2 |
| Falta de planejamento familiar | Alta | 4 | Parcial | 3 |
| Violência | Alta | 4 | Fora | 4 |
| Estrutura física inadequada | Alta | 5 | Fora | 5 |
| Falta de contra-referências | Alta | 3 | Fora | 6 |

6.3 Terceiro Passo: Descrição do problema

Foi-se constatado que na UBS havia um número significativo de usuários crônicos de BZDs, sendo que frequentemente não é possível encontrar no prontuário informações importantes como, por exemplo, a indicação inicial da droga. Notou-se que em muitos usuários essas drogas foram introduzidas por profissionais de outros serviços e que com o tempo seu uso passou de racional (caso a indicação inicial tenha sido correta) para crônico.

6.4 Quarto passo: explicação do problema

Muitos são os motivos da busca e uso de BZDs. Na UBS percebemos, através da entrevista com os pacientes, que as principais causas do uso e busca por estes medicamentos foram a insônia e ansiedade.

A insônia pode ser consequência de maus hábitos de vida e falta de higiene do sono. Medidas simples como regularização do horário para deitar, com restrição de cochilos durante o dia; saída da cama se houver dificuldade para dormir, só retornando quando o sono se apresentar; limitação da ingestão de cafeína e álcool à noite; redução da ingestão de líquidos e alimentos durante a noite; quarto com temperatura adequada e suficiente silêncio; banhos quentes e massagem antes de

dormir podem ser bastante eficazes para melhora na qualidade do sono (GUIMARÃES, 2004 *apud* WANNMACHER, 2007).

A ansiedade é outro motivo frequente que leva o usuário a buscar alívio através de psicofármacos, no entanto percebe-se que tais drogas por vezes são uma solução simplista e não resolutive. Há uma grande carência de dispositivos e ferramentas comunitárias que possibilitem à comunidade diminuir e administrar o estresse, como por exemplo: centros esportivos públicos acessíveis de qualidade, centros de cultura e lazer públicos acessíveis, apoio psicossocial, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e outros.

Alguns tipos de abordagens comportamentais podem ser empregados, tais como técnicas de relaxamento e exercícios físicos moderados durante o dia. Embora tais abordagens pareçam promissoras, sua eficácia ainda não foi adequadamente investigada. No entanto, seu emprego deve sempre preceder o uso de fármacos hipnóticos (HOLBROOK, 2000 *apud* WANNMACHER, 2007).

O atual estilo de vida da sociedade moderna é outro fator agravante e com grande potencial psicopatogênico. O consumo crescente de BZDs pode ser resultado de um momento turbulento que caracteriza as últimas décadas da humanidade. A diminuição progressiva da resistência da humanidade para tolerar o estresse, a introdução profusa de novas drogas e a pressão propagandística crescente por parte da indústria farmacêutica ou, ainda, hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos podem ter contribuído para o aumento da procura pelos BZDs (PAPROCKI, 1990).

6.5 Quinto passo: Nós críticos

- Hábitos e estilos de vida;
- Falta de recursos/ferramentas comunitárias;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Prescrição indiscriminada;

- Usuários já em uso crônico de BZDs.

6.6 Sexto passo: desenho das operações

| Nó crítico | Operação/ Projeto | Resultados esperados | Produtos esperados | Recursos necessários |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hábitos e estilos de vida | + Saúde Higiene do sono/ Mudança de hábitos de vida | Melhora do sono/ Diminuição da ansiedade | Programa de caminhada/ Palestras educativas | <u>Cognitivo:</u> Informações. <u>Organizacional:</u> Adesão comunitária |
| Falta de recursos /ferramentas comunitárias | Qualidade de vida Oferecer mais recursos de lazer/cultura. | Melhora da qualidade de vida | Centros de esporte/lazer/cultura/ NASF | <u>Político:</u> envolvimento das autoridades. <u>Financeiro:</u> Investimentos. <u>Organizacional:</u> Mobilização social. |
| Estrutura dos serviços de saúde | Articulação Receber apoio do serviço de psiquiatria | Melhoria técnica do atendimento. Melhoria do fluxo referencia/ contra referência | Suporte da Saúde mental | <u>Organizacional:</u> Articulação entre os setores <u>Cognitivo:</u> elaboração de linha de cuidados. |
| Prescrição indiscriminada | Receita consciente Capacitar os profissionais médicos quanto ao uso racional | Melhoria técnica das prescrições | Receitas com indicação, quantidade e tempo de uso corretos | <u>Organizacional:</u> Capacitação, Elaboração de protocolos. <u>Cognitivo:</u> mudança de |

| | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | de BZDs | | | paradigmas. |
| Usuários já em uso Crônico | Descontinuação Gradualmente descontinuar o uso crônico dos BZDs | Descontinuação do uso crônico de BZDs gradualmente* | Grupo de usuários crônicos de BZDs | de <u>Organizacional:</u> Formar o “grupo de usuários crônicos de BZDs” <u>Cognitivo:</u> Avaliação médica individualizada |

* Segundo Pereira (2013) uma estratégia que costuma dar bons resultados é a introdução de um antidepressivo com ação ansiolítica e efeitos sedativos (ex.: Amitriptilina ou Nortriptilina) e só depois iniciar a retirada gradual dos benzodiazepínicos, com redução de 25% da dose a cada semana ou a cada 15 dias.

6.7 Sétimo passo: Recursos críticos

| Operação | Recurso crítico |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| + Saúde | Cognitivo: mudança de hábitos de vida |
| Qualidade de vida | Político: Atitude das autoridades Financeiro: Investimento em recursos comunitários |
| Articulação | Organizacional: Matriciamento da psiquiatria/ articulação entre setores da saúde |
| Receita consciente | Cognitivo: Mudança de atitude |
| Descontinuação | Cognitivo: Aceitação/colaboração do paciente |

6.8 Oitavo Passo: Viabilidade

| Operações/ Projetos | Recursos críticos | Ator que controla | Motivação | Ação Estratégica |
|------------------------|-------------------|-------------------|-----------|------------------|
|------------------------|-------------------|-------------------|-----------|------------------|

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>+ Saúde Higiene do sono/ Mudança de hábitos de vida</p> | <p><u>Cognitivo:</u> mudança de hábitos de vida</p> | <p>Médico Usuários</p> | <p>Favorável Dos usuários: Parte é favorável, parte é indiferente.</p> | <p>Palestras na UBS</p> |
| <p>Qualidade de vida Oferecer mais recursos de lazer/ cultura.</p> | <p><u>Político:</u> Atitude das autoridades <u>Financeiro:</u> Investimento em recursos comunitários</p> | <p>Associações de bairro Ministério da Ação Social Secretários de Saúde, Planejamento, Ação Social, Educação, Cultura e Lazer, ONGs, Sociedade Civil, Defesa Social, Judiciário</p> | <p>Algumas instituições são favoráveis outras são indiferentes</p> | <p>Apresentar projetos e propostas às instituições. Propor grupos de caminhada e outros.</p> |
| <p>Articulação Receber apoio do serviço de psiquiatria</p> | <p><u>Organizacional:</u> Matriciamento da psiquiatria/ articulação entre setores da saúde</p> | <p>Secretaria de Saúde</p> | <p>Favorável</p> | <p>Apresentar proposta à Secretaria de Saúde</p> |
| <p>Receita consciente Capacitar os profissionais</p> | <p><u>Cognitivo:</u> Mudança de atitude</p> | <p>Faculdades de medicina Profissionais médicos</p> | <p>Parte é favorável, parte é indiferente.</p> | <p>Remanejamento farmacológico,</p> |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|-----------|----------------------------------------------------------------|
| médicos quanto ao uso racional de BZDs | | | | introdução de drogas com efeito sedativo não benzodiazepínicas |
| Descontinuação Gradualmente descontinuar o uso crônico dos BZDs | <u>Cognitivo:</u> Aceitação/colaboração do paciente | Médico da UBS | Favorável | Grupo de usuários crônicos de BZDs |

6.9 Nono passo: plano operativo

| Operações | Resultados | Produtos | Ações Estratégicas | Responsável | Prazos |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| + Saúde Modificar os Hábitos de vida | Diminuição da ansiedade. Sono de melhor qualidade | Programa de caminhada/palestras educativas | Cartazes e convites para a população na UBS | Médico, Enfermeira e ACSs | 2 meses para o início das atividades |
| Qualidade de Vida Melhorar a qualidade de vida | Aumentar a sensação de saúde e bem-estar | Centros esportivos/culturais/de lazer/NASF | Contatar os representantes políticos para investimentos e construção de áreas | Médico e Coordenadora da Atenção Básica da Saúde (ABS) | 2 anos |

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|
| | | | esportivas | | |
| Articulação Melhor comunicação entre os profissionais/setores | Apoio do serviço de psiquiatria. Melhoria técnica em saúde mental | Capacitações em saúde Mental. Referência/contrareferências efetivas | Discutir proposta em reunião na Secretaria Municipal de Saúde | Médico e coordenador da ABS | 1 ano |
| Receita Consciente Prescrição responsável | Conscientização do uso correto de psicotrópicos / BZDs | Prescrições/receitas coerentes | Apoio da farmácia. Mudança de paradigmas, | Médico. Farmacêutico | 1 ano |
| Descontinuação Descontinuação do uso crônico de BZDs | Interromper e prevenir a ocorrência dos efeitos Adversos do uso a longo prazo | Grupo de Usuários Crônicos de BZDs | Associação de drogas ansiolíticas/hipnóticas não benzodiazepínicas | Médico. Farmacêutico | 2 anos |

6.10 Décimo passo: Gestão do plano

Operação + Saúde:

| Produto | Responsável | Prazo | Situação Atual | Justificativa | Novo Prazo |
|-----------------------|-------------|---------|----------------|----------------------------------------|------------|
| Programa de caminhada | ACS | 2 meses | Em andamento | O apoio de um educador físico via NASF | 4 meses |

| | | | | | |
|----------------------|--------|---------|--------------------|--------------------------------|-------------------|
| | | | | poderia implementar o programa | |
| Palestras educativas | Médico | 2 meses | Ainda não iniciado | Planejamento | Mantido (2 meses) |

Operação **Qualidade de Vida:**

| Produto | Responsável | Prazo | Situação Atual | Justificativa | Novo Prazo |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------------|-------------------|
| Construção de centros esportivos/ culturais/ de lazer/ NASF | Coordenador da ABS | 2 anos | Ainda não iniciado | Complexidade da operação. Planejamento | Mantido (2 anos) |

Operação **Articulação:**

| Produto | Responsável | Prazo | Situação Atual | Justificativa | Novo Prazo |
|-------------------------------------------------|--------------------|--------------|-----------------------|----------------------|-------------------|
| Apoio da Psiquiatria | Médico | 6 meses | Ainda não iniciado | Planejamento | Mantido (6 meses) |
| Sistema de referência/contrarreferência efetivo | Coordenador da ABS | 1 ano | Ainda não iniciado | Planejamento | Mantido (1 ano) |

Operação **Receita Consciente:**

| Produto | Responsável | Prazo | Situação Atual | Justificativa | Prazo |
|-------------------------------|--------------------|--------------|-----------------------|--------------------------------------------|-----------------|
| Prescrições de BZDs coerentes | Médico | 1 ano | Em andamento | Reunião com a farmácia ainda não realizada | Mantido (1 ano) |

Operação **Descontinuação:**

| Produto | Responsável | Prazo | Situação Atual | Justificativa | Prazo |
|------------------------------------|--------------------|--------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|------------------|
| Grupo de usuários crônicos de BZDs | Médico | 2 anos | Em andamento | Dificuldade de adesão de todos os usuários crônicos | Mantido (2 anos) |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, a expectativa deste plano de intervenção é a descontinuação do uso crônico e abusivo de BZDs entre os pacientes que estão em uso crônico no PSF São Paulo com conseqüente melhoria do estado de saúde da população assistida. Para isso, este plano pretende com o auxílio da equipe multidisciplinar propiciar intervenções que poderão alterar o ritmo de utilização de drogas benzodiazepínicas por aqueles usuários, no sentido fornecer ferramentas para a descontinuação do uso abusivo e correção das doses clinicamente propostas. Através das ferramentas lançadas será possível garantir o acesso ideal aos medicamentos, adequação da receita, uso racional do medicamento e certamente melhoria da qualidade de vida dos usuários.

8 REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ASHTON, H. Guidelines for rational use of benzodiazepines. When and what to use. **Drugs**, v. 48, n. 1, p. 25-40, 1994.

AUCHEWSKI, L. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. 1, p. 24-31, 2004.

BARKER, M. et al. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use. **CNC Drugs**. V. 18, p. 37-48, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde -. **Assessoria de comunicação social, ABC do SUS/MS**, 2ª ed, Brasília (DF): MS, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1**, Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica, 2000.

BICCA, M.G; ARGIMON, I.I.L. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. **J. bras. psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, 2008.

BLAIN, H. et al. The role of drugs in falls in the elderly: epidemiologic aspects. **Presse Med**, v. 29, n. 12, p. 673-680, 2000.

CAMPOS, F.C.C; FARIA, P.H; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Coopmed, 2010.

CHAIMWICZ, F et al. **Saúde do idoso**. 2. Ed. Belo Horizonte. NESCON/UFMG. p. 60, 2013.

CHARLSON, F. et al. A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. **Pharmacoepidemiol Drug Saf**, v. 18, n. 2, p. 93-103, 2009.

CPSM/SMS – Rio. **Uso racional de psicofármacos**, v. 1, 2006.

FIRMINO, K.F. et al. factors associated with benzodiazepine prescription by local health services in Coronel Fabriciano, Minas Gerais State, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 6, p. 1223-1232, 2011.

HOLBROOK, A.M, et al. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. **Can Med Assoc J**, v. 25, p. 225-233, 2000,

HOLDEN, J.D; HUGHES, I.M; TREE, A. Benzodiazepine prescribing and withdrawal for 3234 patients in 15 general practices. **Fam Pract**, v. 11, p. 358-362, 1994.

HUF, G; LOPES, C.S; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2000.

LADER, M; TYLEE, A; DONOGHEUE, J. Withdrawing benzodiazepines in primary care. **CNS Drugs**, 2009.

LARANJEIRA, R. O uso racional de benzodiazepínicos. **Jornal da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, p. 5, 1995.

LARANJEIRA, R. NICASTRI, S. Abuso e Dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O.P; DRACU, L; LARANJEIRA, R. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

GALDURÓZ, J.C.F; NOTO A.R; CARLINI, E.A; IV Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º grau de 10 capitais brasileiras – 1997. São Paulo (SP): **Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia**. UNIFESP: EPM, 1997.

GORESTEIN, C. Os benzodiazepínicos são realmente inócuos? **Rev ABP-APAL**, v. 5, n. 4, p. 153-154, 1993.

GORESTEIN, C; POMPÉIA, S. Farmacocinética e Farmacodinâmica dos benzodiazepínicos. In: BERNIK, M.A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. São Paulo: Edusp, 1999.

GUIMARÃES, F.S. Hipnóticos e ansiolíticos. In: FUCHS, F.D; WANNMACHER, L; FERREIRA, M.B.C; eds. **Farmacologia clínica. Fundamentos da Terapêutica Racional**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 564-576, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Cidades/Divinópolis. 2013. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312230>.

MATTIONI, L.T. et al. Prevalência no uso de benzodiazepínicos por uma população assistida por programa de saúde da família. **Revista contexto e saúde**, v. 5, 2005.

MENDONÇA, R.T; CARVALHO, A.C. The role of elderly female consumers of allopathic tranquilizers in the popularization of the use of these medicines. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. spe, p. 1207-1212, 2005.

MILLER, P; DEGENHARDT, L. The global diversion of pharmaceutical drugs series. **Addiction**, v. 104, n. 3, p. 333-334, 2009.

NASTASY, H. et al. Diretriz: Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. **Associação Brasileira de Psiquiatria**, 2002.

NOTO, A.R. et al. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 2, p. 68-73, 2002.

OLIVER, H; FITZ GERALD, M.J; BABIAK, B. Benzodiazepines revisited. **J La State Med Soc**, v. 150, n. 10, p. 483-485, 1998.

ORLANDI, P; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, 2005.

PAPROCKI, J. O emprego de ansiolíticos pelo clínico geral e por especialistas não psiquiatras. **Rev ABP-APAL**, v. 64, n. 5, p. 305-312, 1990.

PARR, J.M. et al. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis. **Soc Sci Med**, v. 62, n. 5, p. 1237-1249, 2006.

PEREIRA, A.A et al. **Saúde Mental**. 2. Ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, p. 7-34, 2003.

POYARES, D. et al. Hipnoindutores e insônia. **Rev Bras Psiquiatr**. V. 27, n. 1, p. 2-7, 2005

PREFEITURA DE DIVINÓPOLIS. 2013. Disponível em <http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/>.

RANG, H.P et al. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

ROSA, W.A.G; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SALZMAN, C; Benzodiazepine dependence, toxicity, and abuse: a task report of the American Psychiatric Association. Washington: **American Psychiatric Press**, 1990.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB. 2013. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>.

SOUZA, A.R.L, OPALEYE, E.S, NOTO, A.R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2013.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICE ADMINISTRATION – SAMHSA. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. **Drug Abuse Warning Network, 2006: National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits**. ROCKVILLE, M.D. HHS Publication, 2008.

TANSKANEN, P. et al. Counselling patients on psychotropic medication: physicians opinions on the role of community pharmacists. **Pharm World Sci**, v. 22, n. 2, p. 59-61, 2000.

WORD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Drug Dependence. Third Report of WHO Expert Committee.** Geneva, WHO, 1998.

WANNMACHER, L. **Como manejar a insônia em idosos: riscos e benefícios.** Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde - Brasil. ISSN, v. 4, 2007.