

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANTONIO AIRES COUTO JUNIOR

**BENZODIAZEPÍNICOS: USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA NA
POPULAÇÃO IDOSA.**

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2015

ANTONIO AIRES COUTO JUNIOR

**BENZODIAZEPÍNICOS: USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA NA
POPULAÇÃO IDOSA.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2015

ANTONIO AIRES COUTO JUNIOR

**BENZODIAZEPÍNICOS: USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA NA
POPULAÇÃO IDOSA.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 05/01/ 2015

DEDICO

Aos meus pais, irmãos, amigos e em especial a minha namorada pela ajuda até aqui e por estarem junto comigo nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força nessa luta diária, aos familiares, a equipe da minha unidade de saúde do município de Virgínia- MG.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Virgínia está localizada no centro da cidade de Virgínia – Minas Gerais. Após a realização do diagnóstico situacional, o problema eleito como de maior prioridade, pela equipe de saúde, foi o uso abusivo de psicotrópicos com destaque para os benzodiazepínicos na população idosa. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção com vistas a diminuir o uso abusivo de benzodiazepínicos e suas consequências na população idosa da ESF Vargem Alegre em Virgínia, Minas Gerais. A elaboração do plano de intervenção se baseou no diagnóstico situacional da comunidade e em pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos descritores: benzodiazepínicos, educação em saúde e idosos. Devido à amplitude do problema no município, essas intervenções agem a favor da racionalização e conscientização da utilização desses medicamentos abrangendo tanto a equipe de Saúde da Família quanto os usuários de psicotrópicos.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Educação em saúde. Idosos.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) Virginia is located in the center of Virginia - MG. After completion of the Situational Diagnosis, the problem chosen as the highest priority was the abuse of psychotropic especially benzodiazepines in the elderly. Thus , this study aimed develop an action plan to diminish the abuse of benzodiazepines and its consequences in the elderly population of the ESF Vargem Alegre in Virginia, Minas Gerais. The preparation of the action plan was based on community situational diagnosis with prioritization of the issue concerning the abuse of benzodiazepines for elderly and literature in the Virtual Health Library (VHL) through the descriptors: Benzodiazepines, Health Education and elderly. Due to the extent of the problem in the city, these interventions act in favor of rationalization and awareness of the use of such products covering both Health Team family as psychotropic users.

Keywords: Benzodiazepines. Health Education. Aged.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVO... ..	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

O município de Virgínia situa-se no sul do Estado de Minas Gerais. O município é privilegiado em relação à localização por estar inserido próximo ao circuito das águas de Minas Gerais, em uma rede urbana formada por prósperas cidades de porte médio, cujo acesso é feito pela BR-354, e também devido à sua posição em relação às grandes capitais da região sudeste: Belo Horizonte (304 km), São Paulo (208 km) e Rio de Janeiro (203 km). De acordo com a tradição, os primeiros desbravadores da região em que surgiu a cidade teriam sido portugueses interessados na descoberta de ouro e de pedras preciosas (IBGE, 2014).

Esses desbravadores encontraram, no entanto, um solo fértil no qual resolveram fixar-se, dedicando-se à agricultura. No início da segunda metade do século XIX, chegou à região, o Padre Custódio de Oliveira Monte Raso, o qual, impressionado com a beleza topográfica e a suavidade de clima, iniciou a construção da capela em homenagem a Nossa senhora da Conceição. Ao redor da construção, teve início o crescimento da cidade (IBGE, 2014).

Ainda de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE, 2014), o município de Virgínia possui uma área total de 327,05 km² e uma população de 8.368 habitantes, 4.690 de população rural e 3.678 de população urbana com densidade demográfica de 26,38 hab/km². Além disso, conta com 2.629 domicílios particulares permanentes nos quais vivem 1.344 famílias rurais e 1.168 famílias urbanas. A maioria da população possui água tratada (76,37%), água encanada (76,37%) e energia elétrica (99,61%). A taxa de urbanização é de 45,65%.

O município é composto principalmente por pessoas de 15 a 64 anos (67,35%). A população com menos de 15 anos representa 23,77% do total enquanto a população de 65 anos ou mais representa 8,87%. O nível de alfabetização é de 84,8% e a expectativa de vida de 74,7 anos. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, em 2010, foi de 0,651. A renda média familiar total per capita é de 415,41 sendo a renda média per capita rural de 317,87 reais e renda média per

capita urbana de 609,19 reais. A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 4,69%. Na cidade, 100% da população é usuária da assistência à saúde no SUS que destinou um orçamento de R\$ 3.755.700,00 para a área segundo dados do IBGE (IBGE, 2014).

Em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF), ela foi implantada no município de Virgínia em 1996. Atualmente são quatro estratégias de saúde da família e três equipes de saúde bucal. Cada estratégia de Saúde da Família possui um prédio. São divididas em Equipe 1 – ESF Virgínia com 2.472 pessoas adscritas; Equipe 2 – PSF Vargem Alegre com 2.117 pessoas adscritas; Equipe 3 – ESF Moreiras com 2.031 pessoas adscritas e Equipe 4 – ESF São José da Mantiqueira com 1.748 pessoas adscritas. As três primeiras equipes atendem tanto área rural quanto área urbana e a última atende apenas área rural sendo a única sem cobertura para saúde bucal (PREFEITURA DE VIRGINIA, 2014).

O projeto de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi aprovado pela Secretaria do Estado e inaugurado em dezembro de 2014, durante a implantação do plano de intervenção. O Serviço do Centro de especialidade odontológica é conveniado com a cidade de Itamonte. O serviço de referência de Virgínia é o Viva Vida que atende gestantes de alto risco, desnutrição infantil, violências, mamografias, serviços de planejamento familiar, entre outros. Os serviços de média complexidade, cirurgias eletivas e urgências são referenciados para o hospital de São Lourenço e de lá direcionados, se necessário, aos serviços de alta complexidade.

A ESF Vargem Alegre para a qual foi elaborado o plano de intervenção, está situada na Rua Antônio da Costa Pinto, 611, no centro da cidade. O horário de funcionamento da unidade é de segunda-feira à sexta-feira das 08:00 horas às 17:00 horas. O prédio chama-se Unidade Básica de Saúde Risoleta Tolentino Neves e foi inaugurado em julho de 2007. Tem área adequada e um bom espaço físico. Existe sala para reuniões, recepção com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, três salas para consulta médica, uma para marcação de consultas, uma para gestora, uma para realização de procedimentos, uma para consulta de enfermagem, uma para consulta odontológica, almoxarifado, sala de expurgo e de esterilização, três banheiros. A equipe é composta por um médico,

um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um dentista e um auxiliar de saúde bucal.

A Unidade Básica Vargem Alegre da ESF Virginia enfrenta muitos problemas, dentre eles, destacam-se o uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos e a baixa resolutividade desses problemas.

O número de pessoas que se dirige à ESF em busca de medicamentos psicotrópicos se destaca. São registradas 982 pessoas no município de Virgínia em uso contínuo de psicotrópicos sendo 533 pessoas em uso contínuo de benzodiazepínico. Ao grave problema da automedicação, acresce-se uma prescrição excessiva, em especial dos ansiolíticos e dos antidepressivos, por parte dos médicos, gerando uma dependência química e ou psicológica dos pacientes.

A larga prescrição de psicotrópicos para problemas cotidianos como morte ou ausência abrupta de membro da família, enurese noturna, atraso escolar ocorre muitas vezes na primeira consulta. Os sofrimentos, como a ansiedade, a angústia e a tristeza, que sinalizam circunstâncias e situações humanas e para elas preparam o homem, são aplacados pela medicação. Busca-se permanecer no estado de prazer e alegria, ao preço de se eliminar parte da experiência humana.

Um dos pontos chaves na procura de tratamento médico são as relações familiares conflituosas. Dentre as questões mais relatadas em consultório se destacam o abandono pelos familiares, pais ou cuidadores com transtorno mental, e relatos de abuso sexual, físico e emocional. Dessa maneira foi necessário que a equipe conhecesse em detalhes a estrutura familiar, as relações interpessoais ali existentes e as possibilidades que o território propiciava para elaborar o projeto de intervenção.

Além disso, há pessoas que procuram o serviço de saúde não porque estejam doentes, mas porque desejam mudar o seu humor, sua personalidade, seu jeito de ser. A busca de uma “alegria artificial” reflete em parte uma fuga da realidade pelo paciente que pode ser decorrente de uma insatisfação pessoal, financeira ou profissional pela qual esteja passando.

A inexistência de uma equipe de Saúde Mental de referência (apoio matricial do NASF, CAPS ou CAPSi), e a identificação dos parceiros intersetoriais nos territórios contribuía para a falta de seguimento e reavaliação médica do paciente quanto à necessidade da continuidade da medicação. Havia pacientes que há anos usavam a mesma medicação tendo renovação da prescrição obtida junto aos médicos do serviço por meio dos agentes comunitários de saúde.

Ressalta-se que iniciei as atividades na Estratégia Saúde da Família (ESF) em março de 2015, e logo nos primeiros dias de atendimento aos usuários da nossa área adscrita já havia inúmeras solicitações de renovação de receita sem consulta médica. Percebi que se tratava de uma prática corriqueira e quase cultural na nossa comunidade, com destaque para os usuários idosos.

Durante anos, os pacientes buscavam receitas com a secretária ou aguardavam a visita de algum Agente Comunitário de Saúde (ACS) demonstrando que não havia qualquer tipo de avaliação, seja pela falta de profissionais capacitados ou inexistência de serviços de saúde que poderiam diminuir o problema.

Diante dessa realidade, surgiu a necessidade da orientação aos pacientes sobre o uso de medicamentos psicotrópicos, suas indicações, tempo de uso e seus efeitos adversos, em especial o grupo dos idosos, buscando identificar os medicamentos mais utilizados, uso abusivo e suas consequências com a finalidade de melhorar a qualidade de vida.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência do uso de psicotrópicos no município de Virgínia, principalmente na população idosa, com renovações de medicamentos sem reavaliação clínica, uso indevido de psicotrópicos e alta dependência dessa classe de medicamentos pela população. É um tema de grande importância na saúde coletiva e que merece destaque localmente devido à baixa resolutividade dos problemas da Saúde Mental encontrada no município.

A equipe multiprofissional da nossa área de abrangência participou da análise dos problemas levantados e considerou que temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção que viabilize ações promotoras da diminuição do uso abusivo de benzodiazepínicos; portanto, a proposta é viável. Em algumas ações estratégicas será necessária a contratação de mais profissionais na equipe.

Destaca-se que os benzodiazepínicos são drogas com ação no sistema nervoso central, alterando funções cognitivas e psicomotoras no organismo do paciente. Devido à sua relativa segurança, sua prescrição e utilização ocorrem de forma abusiva, acarretando o aparecimento de inúmeras complicações devido ao uso a longo prazo da medicação (BRASIL, 2006).

Assim, este trabalho buscará, por meio de ações educativas, diminuir o uso abusivo dessas drogas estar em consonância com as ações de Vigilância Sanitária para um controle mais rigoroso, visto que os medicamentos abordados são amparados pela Portaria 344/98, aqueles sujeitos a controle especial, podendo levar à dependência química (BRASIL, 1998).

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção com vistas a diminuir o uso abusivo de benzodiazepínicos e suas consequências na população idosa da ESF Vargem Alegre em Virginia - Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

A elaboração do plano de intervenção se baseou nas seguintes etapas:

- Diagnóstico situacional da comunidade com priorização do problema relativo ao uso abusivo de benzodiazepínicos pela população idosa;
- Pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio dos seguintes descritores:

Benzodiazepínicos.

Educação em Saúde.

Idosos.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Benzodiazepínicos: conceito e utilização

Os benzodiazepínicos são drogas que apresentam inúmeras indicações para o uso, incluindo as ações ansiolítica, sedativa, hipnótica, anticonvulsiva, anestésica e relaxante muscular. Essas ações são dose dependente e se relacionam com a porcentagem de receptores benzodiazepínicos que estão ocupados em determinado momento. O relaxamento muscular, por exemplo, requer uma ocupação de 100% dos receptores, enquanto a ação ansiolítica dessas drogas requer uma ocupação de apenas 30% dos receptores (De LUCIA *et al.*, 2014).

Os benzodiazepínicos são fármacos que possuem atividade hipnótica e ansiolítica e sua utilização teve início na década de 1960. Seu uso indiscriminado e excessivo pode sujeitar os pacientes a efeitos adversos dispensáveis e interações medicamentosas potencialmente perigosas (CRUZ *et al.*, 2006).

Para Souza, Opaleye e Noto (2013), os benzodiazepínicos compõem o grupo de psicotrópicos mais usados na prática clínica devido às suas atividades de ação: ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular.

Os BZDs são classificados como sendo de ação longa, ação curta ou ação ultracurta, com base em suas meias-vidas plasmáticas:

- Ação longa: O mais conhecido é o diazepam. Os BZDs de ação longa também apresentam metabolitos ativos. As longas meias-vidas plasmáticas podem produzir o assim chamado efeito “ressaca” (sedação residual).
- Ação curta: Esses BZDs são particularmente úteis no controle da insônia. Eles não apresentam metabolitos ativos. Exemplos são o temazepam, triazolam, oxazepam e lorazepam.
- Ação ultracurta: O midazolam apresenta meia-vida plasmática muito curta e funciona bem quando administrado intravenoso para indução da anestesia geral ou para sedação titulada por meio de infusão venosa contínua.
- A tolerância e a dependência da droga que se seguem ao uso contínuo são efeitos adversos reais dos benzodiazepínicos. Os BZDs também apresentam um efeito aditivo ao do álcool (SHELLACK, 2006,p.95)

Em estudo realizado por Noia *et al.* (2012), detectou-se que o uso prolongado do benzodiazepínico, independente de sua dosagem, constitui-se em fator de risco para o surgimento dos efeitos adversos dentre os quais se destacam a sonolência, cansaço, confusão mental, dor de cabeça, ansiedade, hipotensão postural, acidentes e quedas, tolerância e dependência, dentre outros.

Segundo Rang; Dale e Ritter (2001), esses medicamentos são modificadores seletivos do Sistema Nervoso Central (SNC) e podem ser classificados, segundo a Organização Mundial de Saúde em ansiolíticos e sedativos; antipsicóticos (neurolépticos); antidepressivos; estimulantes psicomotores; psicomiméticos e potencializadores da cognição.

No que diz respeito aos ansiolíticos, eles se destacam entre os mais utilizados, sendo colocados na terapêutica desde a década de 1960. Trata-se de fármacos depressores do SNC e são empregados como hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e miorelaxantes (SWEETMAN, 2005).

Para Firmino *et al.* (2011), a eficácia dos benzodiazepínicos é registrada nos tratamentos de curta duração. Contudo, seu uso prolongado é contraindicado uma vez que gera riscos de efeitos adversos, como a dependência, por exemplo.

Nesse sentido, Galleguillos *et al.* (2003) afirmam que a dependência química dos benzodiazepínicos e todas suas possíveis implicações passaram a se constituir em grande preocupação para a saúde pública.

Destaca-se, entretanto, que questões relativas ao uso abusivo e, às vezes, sem necessidade, são observadas em diversos países, independentemente do seu grau de desenvolvimento econômico, fato este que ocorre tanto em centros urbanos e quanto nos rurais (ALVARENGA *et al.*, 2008).

Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais usados no mundo todo, havendo estimativas de que entre 1 e 3% de toda a população ocidental já os tenha consumido regularmente por mais de um ano (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004).

Laranjeira e Castro (2014) atestam que a prevalência do consumo dos benzodiazepínicos é elevada no Brasil. Estima-se que 1,6% da população adulta seja usuária crônica de benzodiazepínico.

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2002) um em cada 10 adultos recebe prescrição de benzodiazepínico, quase sempre feito por um clínico geral. Dentre os pontos que cercam o uso inadequado de benzodiazepínicos, o tratamento prolongado é um dos mais frequentemente relatados (GALLEGUILLLOS *et al.*, 2003).

Entre os antidepressivos, os inibidores de captação de serotonina têm sido mais frequentemente utilizados, por serem mais seguros e mais bem tolerados. A fluoxetina é atualmente o medicamento antidepressivo mais prescrito no Brasil e no mundo (RANG; DALE; RITTER, 2001).

De acordo com Andrade, Andrade e Santos (2004), o alto consumo de antidepressivos pode estar relacionado aos indícios de que este medicamento possa atuar na promoção de perda de peso. O consumo de estimulantes psicomotores, constituídos pela anfetamina e seus derivados, encontra-se, atualmente, entre os mais importantes problemas de saúde.

Estudo com adultos de uma cidade brasileira mostrou prevalência de 1,3% de usuários de anfetaminas, sendo que 80% dos usuários possuíam prescrição médica para adquirir a substância (CREMES, 2002).

Registra-se que o elevado consumo dessa classe terapêutica é relevante, considerando-se os graves efeitos colaterais que ela pode ocasionar, assim como o seu vínculo com importantes problemas sociais, tais como a violência e acidentes de carro. Doses excessivas poderiam levar, ainda, à degeneração de células cerebrais gerando lesões irreversíveis (UNESP, 2003).

Devido à popularização dos psicotrópicos, novos problemas foram evidenciados, principalmente os relacionados ao mau uso desses medicamentos. O uso de psicoativos faz parte da natureza humana, visando modificar comportamento, humor e emoções. Este uso envolve dois caminhos: um, para modificar o comportamento normal e produzir estados alterados de sentimentos com propósitos religiosos,

cerimoniais ou recreacionais e o outro para alívio de enfermidades (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004).

Dentre os fatores que contribuem para o uso e abuso de psicotrópicos encontram-se os relacionados ao estresse no ambiente de trabalho, desmotivação, jornadas longas, ritmos intensos, má remuneração e até o medo de perder o emprego. Esses fatores podem desencadear os quadros ansiosos, depressivos, fadiga e distúrbios do sono (BRASIL, 2001). O uso de benzodiazepínico em diversos estudos mostrou maior prevalência entre pacientes que se autodeclararam não inseridos no mercado de trabalho (FIRMINO *et al.*, 2011).

Para identificar a presença do uso abusivo é necessário avaliar alguns aspectos como: presença de intoxicação aguda, verificar possíveis erros na administração, uso de outras drogas lícitas ou ilícitas, uso de outros medicamentos e avaliar necessidade da utilização do benzodiazepínico.

Os usuários que abusam dos benzodiazepínicos utilizam de diversas maneiras para conseguirem o medicamento como: adulteração de receitas, valorização dos sintomas, recusa de mudança de medicamento, simulação, chegando, inclusive, a ameaças.

5.2 Benzodiazepínicos e a população idosa

Em 2025, o Brasil terá a 6^a maior população de idosos do mundo: cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Essa previsão ocorreu já em 1987 e os autores ainda afirmaram que a tendência, nas próximas décadas, é haver aumento significativo da proporção de idosos entre os que procuram os serviços de saúde, clientela que, em sua maioria, apresenta múltiplas comorbidades (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Admite-se que o consumo de benzodiazepínicos por pessoas idosas esteja relacionado ao fato do envelhecimento ser acompanhado pelo aparecimento de transtornos do sono, depressão e das doenças neurológicas degenerativas (CHAIMOWICZ; FERREIRA; MIGUEL, 2000). Porém, são quadros que merecem

uma abordagem cuidadosa e uma rigorosa avaliação dos benefícios e riscos dessa terapia medicamentosa.

As pessoas idosas são mais suscetíveis aos efeitos terapêuticos e tóxicos dos benzodiazepínicos. Eles são benéficos em virtude do início de ação rápido e pouco efeito cardiovascular. Porém, apresentam variadas complicações potenciais como sonolência diurna, déficits cognitivos e confusão, prejuízo psicomotor e risco de queda, depressão, reação paroxística, abuso e dependência e reações de abstinência.

Por ser um grupo que utiliza vários medicamentos contínuos, os idosos apresentam risco aumentado em relação às interações medicamentosas, que podem levar a piora do quadro crônico do paciente, além das reações adversas.

Devemos evitar os benzodiazepínicos de ação longa ou curta devido aos efeitos colaterais citados acima. O uso de benzodiazepínicos de ação intermediária, como lorazepam e oxazepam por um período curto para evitar dependência e tolerância pode ser útil em alguns casos, como a insônia (SHELLACK,2006, p.95).

Mesmo utilizado em doses baixas, os benzodiazepínicos ocasionam alterações constantes nas funções psicomotoras e cognitivas, não havendo registros dos benefícios do uso prolongado de benzodiazepínicos.

Diante da magnitude das questões relacionadas ao uso abusivo de benzodiazepínicos, principalmente pela população idosa, foco deste estudo, volta-se a dizer que em Virgínia, cidade interior de Minas Gerais, o uso abusivo desses psicotrópicos se mostra muito acima da média nacional. Com o intuito de melhorar o precário atendimento relacionado à saúde mental no município algumas mudanças foram incorporadas ao serviço da ESF. Primeiramente, houve a necessidade de reorganização e discussão sobre o processo de trabalho com todos os membros da equipe, já que anteriormente não havia participação do corpo médico.

Essas discussões foram importantes para redefinir as prioridades do município, maneiras de intervenção, reconhecimento do problema para que ele seja abordado pelos diferentes profissionais, propostas para aprofundamento na questão e reflexão sobre os fatores envolvidos, levando em consideração os aspectos individuais e coletivos. Também ocorreu discussão sobre a indicação do uso dos medicamentos psicotrópicos com conscientização do corpo médico sobre a epidemiologia e repercussão na população das prescrições excessivas.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano de intervenção se norteou pelos passos preconizados pelo método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) segundo Campos, Faria e Santos (2010).

6.1 Primeiro Passo: definição de problema

No primeiro momento foram identificados, por meio da estimativa rápida, os principais problemas da área adscrita. A população residente na área de abrangência é de 2.472 habitantes.

De acordo com os registros escritos existentes, o diagnóstico situacional e principalmente através da observação ativa da área, pode-se observar que os principais problemas eram: dificuldade no transporte para a ESF, poucas ações de educação em saúde e de planejamento familiar, ausência de reuniões de equipe regulares, dificuldade para obtenção de consultas com especialistas, principalmente cirurgiões vasculares e oftalmologistas, ausência de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos.

Além disso, foram levantados outros problemas como o atendimento voltado principalmente para demanda espontânea, longo período de espera para o atendimento médico, baixa resolutividade dos problemas da Saúde Mental, falta de motivação dos profissionais de saúde em virtude de atrasos de pagamentos, desvio de função e relações conflituosas no ambiente de trabalho.

Os demais problemas encontrados foi o alto número de pacientes hipertensos e diabéticos sem o acompanhamento médico necessário. Grande parte dos pacientes procura a unidade somente para renovação de receitas, não utilizam corretamente os medicamentos prescritos e nem participam dos grupos operativos disponibilizados pela unidade. Finalmente foi observado que a equipe de profissionais da unidade não possui capacitação e este fato associado à grande distância de residência da população adscrita proporciona dificuldades na execução

de tarefas, havendo sobrecarga de trabalho para alguns e a população sofre o reflexo.

6.2 Segundo Passo: Priorização dos problemas

Em reunião com a equipe de saúde e discussão dos problemas identificados na nossa área de abrangência, definiu-se como problema prioritário o uso abusivo de psicotrópicos devido à falta de controle sobre os usuários em uso dessas medicações, da dificuldade de atendimento médico e deficiência de informação pela população. Dentre os principais “nós críticos” relacionados ao problema estão a ausência de controle dos medicamentos distribuídos pela farmácia da prefeitura, ausência do controle de pacientes em uso de psicotrópicos pela ESF, automedicação, prescrição excessiva de psicotrópicos pelo corpo médico, relações familiares conflituosas, ausências de atividades e áreas de lazer, insatisfação pessoal, profissional e financeira. Além do mais, percebe-se a falta de informação das pessoas que procuram a medicação e as usam sem orientação e acompanhamento médico.

Somado a tudo isso, tem-se a inexistência de uma equipe de saúde mental de referência, ausência de controle dos medicamentos distribuídos pela farmácia da prefeitura, inexistência de reuniões de equipes com participação do corpo médico e discussão sobre práticas em saúde e processo de trabalho.

Torna-se importante lembrar que a Prefeitura Municipal de Virgínia faz distribuição gratuita de medicamentos benzodiazepínicos aos usuários da atenção básica. O que mais me chamou atenção na unidade básica de saúde Vargem Alegre foi que muitos pacientes faziam uso inadequado desses medicamentos. Além disso, na entrevista aos usuários, a maior parte se considerou incapaz de viver sem o medicamento o que permite sugerir que esta já é uma população dependente.

No Quadro 1 estão destacados alguns dos principais problemas e sua classificação de acordo com sua importância e capacidade de enfrentamento.

Quadro 1 - Principais problemas e classificação da UBS Vargem Alegre em Virginia, MG de acordo com sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacitação de enfrentamento	Seleção
Abuso de BZDs	Alta	4	Alta	1
Alta incidência de HAS e DM	Alta	4	Parcial	2
Equipe sem capacitação adequada ao serviço da atenção básica	Alta	3	Parcial	3

6.3 Terceiro Passo: descrição do problema

Depois de constatar que na unidade Vargem Alegre havia um número significativo de usuários fazendo uso abusivo de BZDs, observou-se ainda a falta de informações adequadas nos prontuários como, por exemplo, as informações sobre a indicação inicial da droga, tempo de utilização e a forma de utilização.

Assim, pelas consultas médicas, os usuários, quando questionados na anamnese médica demonstraram utilizar-se da automedicação e uso das referidas drogas por diversos motivos: tristeza repentina, insônia, ou como uma solução para os problemas enfrentados no cotidiano, sendo possível concluir que o uso de BZDs pelos usuários passou a ser irracional relacionado ao uso inadequado e, por vezes abusivo.

6.4 Quarto Passo: explicação do problema

O número de pessoas que procura a ESF para busca de medicamentos psicotrópicos é relevante totalizando 982 pessoas em uso contínuo de psicotrópico com destaque para os benzodiazepínicos (533 pessoas).

Além disso, não há controle pela ESF do número de usuários de psicotrópicos e se estão tomando a medicação nas doses prescritas e nem controle pela farmácia da

prefeitura em relação às pessoas que estão fazendo a retirada da medicação, o tipo de medicação que fazem uso e o intervalo de tempo entre as retiradas do medicamento. Essas questões são relevantes, pois mostram que apesar do uso significativo de psicotrópicos, não há nenhum processo de regulação e limitação do abuso desses medicamentos no município.

Grande parte dos usuários adscritos na unidade Vargem Alegre faz uso abusivo de benzodiazepínicos e ao se submeterem à consulta médica já iniciam a consulta solicitando a renovação de receitas sem nenhum critério e preocupação com efeitos colaterais ou reflexos da medicação sobre a saúde. A procura e utilização de BZDs, segundo grande parte dos pacientes, acontecem em decorrência da insônia e ansiedade. Assim, a falta de cuidados adequados, incluindo falta de consulta médica, assistência por parte da equipe de saúde que por vezes se encontra despreparada para abordar estes usuários em relação ao uso desta classe de medicamentos contribuem para o uso inadequado.

6.5 Quinto Passo: nós críticos

Para o problema indicado como o de maior relevância podem ser citados:

- Ausência de controle dos medicamentos distribuídos pela farmácia da prefeitura e controle de pacientes em uso de psicotrópicos pela ESF
- Ausência de controle dos medicamentos distribuídos pela farmácia da prefeitura;
- Ausência do controle de pacientes em uso de psicotrópicos pela ESF;
- Automedicação;
- Prescrição excessiva de psicotrópicos pelo corpo médico;
- Relações familiares conflituosas;
- Ausências de atividades e áreas de lazer;
- Insatisfação pessoal, profissional e financeira;

- Inexistência de uma equipe de saúde mental de referência; inexistência de reuniões de equipes com participação dos médicos para maior discussão sobre práticas em saúde e processo de trabalho.

6.6 Sexto Passo: Desenho das operações

No Quadro 6 encontra-se o desenho das operações para cada nós crítico.

Quadro 2 - Desenho das operações, UBS Vargem Alegre, Virgínia, MG

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Falta de informação sobre uso dos BZDs	Sou consciente Utilização adequada/mudança de hábitos de vida	Melhora do sono e diminuição da ansiedade	Programa de artesanato em atividade e palestras educativas	Cognitivo: Informações Organizacional: Adesão comunitária
Estrutura dos serviços de saúde	Mais comunicação Receber apoio do serviço de especialidades	Melhoria técnica do atendimento. Melhoria do fluxo referencia e contra referencia	Suporte de toda a equipe e da saúde mental	Organizacional Articulação entre os setores Cognitivo: Elaboração formas de promoção do cuidado
Prescrição indiscriminada	Receita ideal Alertar os profissionais médicos quanto ao uso racional de BZDs	Melhoria técnica das prescrições	Receitas com indicação, quantidade e tempo de uso corretos.	Organizacional Capacitação . elaboração de protocolos Cognitivo: mudança de paradigmas
Equipe com abordagem inadequada	Fale conosco Reuniões com a equipe para construir o vínculo equipe-usuário	Construir vínculo entre a equipe e o usuário gerando confiança	Usuário que faz uso do serviço de saúde com maior confiança	Organizacional: Formar o grupo de usuários de BZDs Cognitivo: Equipe que trata cada usuário de forma individualizada

6.7 Sétimo Passo: recursos críticos

Para cada operação foram definidos os recursos críticos, conforme Quadro 3

OPERAÇÃO	RECURSO CRÍTICO
Sou Consciente	Cognitivo: mudança de hábitos e de vida
Mais comunicação	Político: atitude dos gestores Financeiro: Investimento em recursos comunitários
Receita ideal	Organizacional: levantamento dos usuários de BZDs/articulação entre setores da saúde
Fale conosco	Cognitivo: Mudança de atitude/elaboração do paciente

6.8 Oitavo Passo: Viabilidade do plano

No Quadro 4 estão disponibilizados os recursos críticos e responsáveis pelas operações.

Quadro 4- Operações e respectivos recursos, motivação e ações estratégicas.

Operações/ Projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Sou consciente:	Cognitivo: mudança de hábitos de vida	Equipe e usuários	Favorável usuários: parte é	Palestras na UBS
Mudança de hábitos de vida			Indiferente e parte é resistente	
Mais Comunicação:	Político: atitude dos gestores Financeiro: Investimento em recursos comunitários	Coordenador de saúde, própria equipe	Alguns são favoráveis	Apresentar projetos e propostas à coordenação Propor grupos de reflexão e outros.
Receita ideal:	Organizacional: articulação entre profissionais da saúde – educação permanente	Coordenação da atenção básica e médico	Favorável	Apresentar proposta à secretaria de saúde.
Fale Conosco	Cognitivo: Mudança de atitude da equipe e dos usuários	Profissionais: equipe e usuário	Parte é favorável, parte é indiferente	Reuniões de grupo, e nas salas de espera

6.9 Nono Passo: Plano operativo

No Quadro 5 estão apresentados pra cada operação, os resultados, produtos e ações e prazos para sua execução.

Quadro 5: Operações e respectivas ações e produtos/resultados esperados.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazos
Sou Consciente	Diminuição da ansiedade. Sono de melhor qualidade	Palestras educativas Grupos e roda de conversa	Cartazes e convites para a população pelos ACS e toda equipe	Médico, Enfermeira e ACS	2 meses para o início das atividades
Mais Comunicação	Aumentar a sensação de saúde e bem estar com utilização correta dos medicamentos	Apoio do NASF; Referência com contra referência efetivas	Contato com a gestora	Coordenador da Atenção Básica da Saúde e equipe	2 meses
Receita Ideal	Controle da prescrição e readequação das dosagens. Conscientização do uso correto de BZDs	Capacitações em saúde mental. Conscientização sobre a receita correta: Prescrições receitas coerentes	Discutir proposta em reunião com a gestão e coordenador a de atenção básica. Apoio da farmácia e NASF.	Médico e coordenador da UBS	3 meses
Fale conosco	Vínculo equipe usuário geração da confiança no trabalho da equipe	Palestras educativas Grupos e roda de conversa Cada membro da equipe é responsável por grupo de usuário de BZDs	Mudança de paradigmas. Cartazes e convites para a população pelos ACS e toda a equipe Grupo de artesanato	Toda a equipe	1 ano

Ressalta-se que a operação **Sou consciente** encontra-se em andamento, com a realização de palestras educativas e grupos de roda de conversa. Essas atividades estão sob a minha responsabilidade, do enfermeiro e do farmacêutico do NASF.

6.10 Décimo Passo: Gestão do plano

A gestão do plano consiste em acompanhamento diário, semanal ou mensal conforme a demanda levantada e de esforço institucional de forma constante com vistas à identificação de fragilidades e busca de sua solução pela equipe de saúde em tempo hábil.

Trata-se, portanto de monitoramento e avaliação que é um processo contínuo e sistemático. Segundo Campos, Faria e Santos, (2010), a avaliação tem alcançado crescente relevância na medida em que as sociedades cobram melhor qualidade e baixo custo dos serviços.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a grande prevalência do uso de psicotrópicos no município de Virgínia- MG houve a necessidade da criação e organização de projetos de intervenção que contornassem esse cenário.

A implantação das ações, embora com alguns atrasos, tem sido efetiva em dimensionar o problema e intervir positivamente em diferentes áreas afim de controlar e evitar o avanço do uso indiscriminado de psicotrópicos. É importante frisar que o processo de informação, esclarecimento da população tem que ocorrer de maneira continuada. Por meio da educação permanente melhora-se o acesso ao conhecimento e a conscientização da equipe do ESF sobre a importância do tema, ressaltando o papel fundamental de suas ações.

Somado a isso, palestras foram realizadas pela médica e enfermeira com participação de pacientes, familiares e ACS. Foram importantes para fornecer informações com qualidade, veracidade, esclarecer dúvidas, explicar sobre a necessidade de acompanhamento clínico regular assim como efeitos colaterais, importância de seguir a prescrição e riscos à saúde relacionados ao abuso.

Foi realizada uma parceria com Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Dessa maneira, visando à promoção de saúde, modificação de estilos de vida, houve o encaminhamento de pacientes para realização de hidroginástica, aulas de dança e recreação com um educador físico tanto nas dependências do estabelecimento quanto em áreas livres da cidade como praças e ginásios.

A inauguração do NASF ocorreu em primeiro de dezembro com uma equipe composta por fisioterapeuta, nutricionista, psiquiatra e psicóloga. Assim, embora estejam atrasados os projetos Mais Família e Mais Você, com a inserção do NASF, poderá ser facilitado a criação dos grupos de apoio e da terapia cognitivo comportamental por intermédio da psicóloga, considerando que a mesma é capacitada para conduzir as dinâmicas em grupo, realizar consultas individuais e, se julgar necessário, encaminhar ao psiquiatra.

Além disso, houve uma pactuação com o Município de São Lourenço e conforme necessidade, o paciente é transferido para internação e acompanhamento na Saúde Mental em um ambulatório especializado, localizado a cerca de 24Km. O transporte é realizado pela prefeitura de Virgínia.

Por fim, o seguimento dos pacientes da Saúde Mental possibilitam a melhora no tratamento, adesão e acompanhamento. O seguimento associado à fiscalização da dispensação dos medicamentos promove um controle mais efetivo do uso de psicotrópicos, evitando-se assim, o abuso e o uso indevido dessas medicações.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, J.M.; LOYOLA FILHO, A.I.; FIRMO, J.O.A.; COSTA, M.F.L.; UCHÔA, M.E. Prevalência e características sociodemográficas associadas ao uso de benzodiazepínicos por idosos residentes na comunidade: projeto Bambuí. **Rev Bras Psiquiatria.**, v.30, n.1, p.7-11, 2008.
- ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira de Ciência e Farmacologia.**, v.40, n.4, out/dez. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas:** encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento: efeitos de substâncias psicoativas no organismo. 3 ed. Brasília (DF); 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 344**, de 12 de maio de 1998. D.O.U de 31/12/1998. Brasília (DF), 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001
- CHAIMOWICZ, F.; FERREIRA, T.J. X. M.; MIGUEL, D. F. A. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. **Rev Saúde Pública.** v.34, p. 631-5, 2000.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO-CREMESP. **Diretrizes.** Orientação e tratamento de usuários de cigarro, álcool e drogas. 2002.
- CRUZ, A.V.; FULONE, I. ; ALCALÁ, M.; FERNANDES, A.A.; MONTEBELO, M.I. ; LOPES, L.C. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 27, n.3, p.259-267, 2006.
- De LUCIA, R.; PLANETA, C. S.; GALLACCI, M.; AVELLAR, M. C. W. OLIVEIRA FILHO, R. M. **Farmacologia Integrada:** uso racional de medicamentos. São Paulo: Clube de Autores, 2014.
- FIRMINO, K. F.; ABREU, M. H. N. G.; PERINI, E. ; MAGALHAES, S. M. S. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.27, n.6, p. 1223-1232, 2011

GALLEGUILLOS, T.; RISCO, L.; GARAY, J.L.; GONZÁLEZ, M.; VOGEL, M. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. **Rev Méd Chile**. v. 131, p. 535-40, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **IBGE cidades**. Virginia, Minas Gerais, 2014 . www.cidades.ibge.gov.br/

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde públ.** V.21, n.3, p. 200-210, 1987.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L.A.P.G. **Dependência de benzodiazepínicos**.2014 <http://www.uniad.org.br> (acessado em 22/11/2015).

NOIA, A. S. et al. Fatores associados ao uso de psicotrópicos em idosos no município de São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem** Universidade de São Paulo, n.46, p. 38-43, São Paulo, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIRGINIA, Minas Gerais. **Serviços de saúde**, 2014

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. **Farmacologia**. Guanabara Koogan., ed. 4, cap. 33, p. 514-520, Rio de Janeiro, 2001.

SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões de uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciências e Saúde Coletiva**. v. 18, n. 4, p. 1131-1140, mar. 2013.

SCHELLACK, G. **Farmacologia uma abordagem didática**. Belo Horizonte : Fundamento, 2006.

SWEETMAN, S.C. **Martindale**: the complete drug reference. 34th Ed. London: Pharmaceutical Press, 2005.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA (UNESP). **Projeto viver bem**. As anfetaminas. Disponível em: www.fmb.unesp.br/. Acesso em 10/11;2015