

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

GIL TENÓRIO BARRETO

USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS POR PACIENTES DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MACEIÓ - ALAGOAS

2014

GIL TENÓRIO BARRETO

**USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS POR PACIENTES DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**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.**

Tutor: Prof Adriano Antônio da Silva Pedrosa

MACEIÓ - ALAGOAS

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha noiva Juliana Machado Duarte, familiares e amigos por todo incentivo ao longo do curso, aos meus professores pelo conhecimento transmitido e aos pacientes, pois veio deles a motivação para desenvolver este trabalho.

Dedico este trabalho a minha noiva Juliana Machado Duarte, com a qual pude contar na realização deste trabalho da melhor maneira possível e em tempo hábil.

RESUMO

Introdução: O Município de São Miguel dos Campos localiza-se no Estado de Alagoas, à 45 km da capital, Maceió. A população estimada é de 54.577 habitantes e tem uma área de 360,85 km². Tem como principais atividades socioeconômicas petróleo, gás natural, agricultura canavieira, pecuária, indústria açucareira e de cimento, comércio. São Miguel dos Campos conta com redes de Baixa, Média e Alta Complexidade. O presente estudo é oriundo das necessidades elaboradas no diagnóstico situacional realizado por uma Equipe de Saúde da Família de São Miguel dos Campos, sendo selecionado o uso abusivo de benzodiazepínicos como principal problema a ser enfrentado dentro do âmbito de atuação. Os benzodiazepínicos são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60. As drogas hipnóticas e ansiolíticas são bastante utilizadas na prática clínica, sendo superadas em prescrições médicas para medicamentos utilizados em doenças cardiovasculares. No Brasil, estima-se que 1,6% da população adulta seja usuária crônica de benzodiazepínicos. A eficácia dos benzodiazepínicos é bem documentada nos tratamentos de curta duração, porém o uso prolongado é contraindicado devido aos riscos de efeitos adversos, incluindo a dependência. Diversos estudos já apontaram distorções nas prescrições de benzodiazepínicos, como o tempo de tratamento prolongado, uso equivocado para o alívio de quadros inespecíficos, uso por idosos e outras indicações incompatíveis com o perfil farmacológico da classe. Através da elaboração de um Plano de Intervenção/Plano de Ação, o objetivo será diminuir o uso abusivo de benzodiazepínicos, levando em conta a realização de reuniões, cursos e melhorias na referência e contra-referência do município. Desta ação espera-se a redução do uso de psicotrópicos da população adstrita, adequação da posologia (em especial o tempo de uso da droga) e esclarecimentos a respeito das reais indicações do uso do benzodiazepínico.

PALAVRAS CHAVES: psicotrópicos. transtornos relacionados ao uso de substâncias.
Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: The Municipality of São Miguel dos Campos is located in the state of Alagoas, 45 km from the capita, Maceio. It has an estimated the population of 54,577 inhabitants and has an area of 360.85 km². Its main economy is based on oil, natural gas, sugarcane, livestock, sugar, cement factories, and retail. São Miguel dos Campos has a national health care system that consists of networks of low, medium, and high Complexity. This study arises from the needs elaborate on situational diagnosis made by a team of Family Health Program of São Miguel dos Campos, being selected the abuse of benzodiazepine as their main problem to be addressed within the scope of practice. Benzodiazepines are drugs with anxiolytic activity that began to be used in the 60s. The hypnotic and anxiolytic drugs are widely used in clinical practice, being overcome in prescriptions for drugs used in cardiovascular diseases. In Brazil, it is estimated that 1.6 % of the adult population is chronic user of benzodiazepines. The efficacy of benzodiazepines is well documented in the short-term treatment, but long- term use is contraindicated due to the risk of adverse effects, including addiction. Several studies have pointed out distortions in the prescriptions of benzodiazepines, such as: prolonged treatment, wrong use for the relief of non-specific, use by seniors, and other indications incompatible with the pharmacological profile of the class. Through the development of an intervention plan / action plan, the objective will decrease the abuse of benzodiazepines, taking into account the holding of meetings, courses, and improvements in referral and counter-referral of the municipality. These actions are expected to reduce the use of psychotropic enrolled population, adequacy of dosage (in particular the duration of drug use), and ascertain the actual indications of the benzodiazepine.

KEYWORDS: psychotropics. related to substance use disorders. Family Health Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1.2 Histórico e descrição do município	7
1.1.3 Aspectos socioeconômicos	8
1.1.4 Aspectos demográficos I	9
1.1.5 Aspectos demográficos II	10
1.1.6 Sistema local de saúde	11
1.1.6.1 Unidade Básica de Saúde da Família	12
1.1.6.2 Recursos humanos	12
1.1.6.3 Recursos	12
1.1.7 Análise situacional	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 Geral	16
3.2 Específico	16
4. DESENVOLVIMENTO	17
4.1 Revisão Bibliográfica	17
4.2 Metodologia	19
4.3 Plano de intervenção	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

1 INTRODUÇÃO

1.1 Reconhecendo município de São Miguel Dos Campos

1.1.1 Identificação do município

São Miguel dos Campos tem atualmente como Prefeito George Clemente. Secretário de Saúde Sinval Clemente. Coordenadora da Atenção Básica Andreлина Manguiera Meireles. Coordenador da Saúde Bucal Flavia Saraiva Wanderlei. A população é constituída por 54.577 habitantes.¹ Localizado a 45 km da capital, Maceió, faz limites com Boca da Mata, Campo Alegre, Jequiá da Praia, Roteiro, Coruripe e Marechal Deodoro. Sua área é de 360,793 km².

1.1.2 Histórico e descrição do município

Antiga aldeia de índios Samambis, recebeu a missão exploradora portuguesa que chegou através do Rio São Miguel, em 1501. Os exploradores, atraídos pela riqueza do solo, se estabeleceram cultivando cana-de-açúcar e outros produtos agrícolas, além da criação de gado, abrindo caminhos pelas matas e a comunicação com Marechal Deodoro (antiga Vila Madalena) e Anadia (Campos dos Arrozais de Inhaúns). O povoado que se formou teve destaque importante na história do Estado pois seu povo teve participação ativa na luta contra os holandeses, na destruição do Quilombo dos Palmares e na Revolução Republicana de Pernambuco, em 1817. Em 1832 foi elevada a vila e em 1864, tornou-se cidade. São Miguel dos Campos é conhecida pelas suas antigas e tradicionais famílias como os Jatobás, Césares, Torres, Alves, Cavalcantis, Lopes, Ribeiros, Aprigios, Clementes, Aprattos, Fernandes, Soriano Bomfins e os Palmeiras. Município da zona da mata alagoana, seu nome foi dado pela expedição comandada por Gonçalves Coelho, que transpôs a barra do Rio São Miguel no dia 29 de setembro, dia de São Miguel Arcanjo. Foi neste lugar que ocorreu um fato histórico que

está nos livros de História do Brasil quando os índios Caetés mataram e devoraram os membros da exploração portuguesa entre eles o bispo D. Pero Fernandes Sardinha importante figura eclesiástica da época. Este fato levou a quase aniquilação dos antropófagos Caetés. Foi acrescentado “dos Campos”, por pertencer e a Campos dos Arrozais dos Inhauns, atual Anadia. A padroeira é Nossa Senhora do Ó.

O clima é do tipo Tropical Chuvoso com verão seco. O período chuvoso começa no outono tendo início em fevereiro e término em outubro. A precipitação média anual é de 1.634.2 mm. Temperatura Máx. 34° / Min. 24°.

A vegetação é predominantemente do tipo Floresta Subperenifólia, com partes de Floresta Subcaducifólia e cerrado/ floresta.

O relevo de São Miguel dos Campos faz parte da unidade dos Tabuleiros Costeiros. Esta unidade acompanha o litoral de todo o nordeste, apresenta altitude média de 50 a 100 metros. Compreende platôs de origem sedimentar, que apresentam grau de entalhamento variável, ora com vales estreitos e encostas abruptas, ora abertos com encostas suaves e fundos com amplas várzeas. De modo geral, os solos são profundos e de baixa fertilidade natural.

A Concentração habitacional é de 151,27 hab./km² (2010), o número aproximado de domicílios é 14.027 domicílios e o de famílias é de 14.953 famílias.

1.1.3 Aspectos socioeconômicos

Em São Miguel dos campos-AL, a mortalidade infantil é de 33,1 por 1000 nascidos vivos. Durante a última década a melhoria obtida por Alagoas na taxa de mortalidade infantil foi muito significativa. De acordo com os Indicadores de Dados Básicos para a Saúde (IDB), o índice chegou a 41,1 óbitos para cada mil nascidos vivos em 2007 e caiu para 21,5 no ano seguinte – o que significa uma queda de 48,3%. Em números absolutos, 1.238 mortes de crianças foram evitadas em um ano. Em 2009, a taxa diminuiu ainda mais: 20,05 óbitos para cada mil nascidos vivos.²

A esperança de vida ao nascer é de 68,1 anos. A proporção de pobres é de 62,8%. 40,8% da renda são apropriados pelos 80% mais pobres, enquanto que 59,2% ficam com os

20% mais ricos. 14,4% das mães de, no mínimo, dez anos, com filhos menores, não têm cônjuge. A taxa de fecundidade é de 3,2 filhos por mulher.

O município é um polo regional de comércio, já que possui muitas empresas de "grife" das grandes redes de varejo. Encontra-se quase de tudo em São Miguel, e só vai à Maceió ou Arapiraca quem realmente quer adquirir produtos mais sofisticados, enquanto que os básicos são encontrados no comércio local.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,671 médio PNUD/2000. Em relação à renda familiar, a participação dos 20% mais pobres da população passou de 3,6%, em 1991, para 2,9%, em 2000, aumentando ainda mais os níveis de desigualdade. Em 2000, a participação dos 20% mais ricos era de 59,2%, ou 20 vezes superior à dos 20% mais pobres. A taxa de urbanização é de 96,30% (2010) e, em relação ao abastecimento de água tratada, 93,1% (2010) podem contar com esse tipo de serviço. De maneira geral, 60,6% (2010) da população conta com serviço de esgoto por rede pública. As principais atividades econômicas são o petróleo, gás natural, agricultura canavieira, pecuária, indústria açucareira e de cimento.

1.1.4 Aspectos demográficos I

Tabela 1: População de São Miguel dos Campos/AL por ano

Ano	São Miguel dos Campos
1991	50.689
1996	48.799
2000	51.456
2007	51.473
2010	54.577

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Tabela 2: População (2010) por faixa etária e sexo

Idade	São Miguel dos Campos	
	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	2.068	2.018
5 a 9 anos	2.776	2.765
10 a 14 anos	2.841	2.812
15 a 19 anos	2.671	2.787
20 a 24 anos	2.659	2.711
25 a 29 anos	2.572	2.733
30 a 34 anos	2.186	2.318
35 a 39 anos	1.759	1.931
40 a 44 anos	1.556	1.679
45 a 49 anos	1.285	1.496
50 a 54 anos	1.026	1.184
55 a 59 anos	878	968
60 a 64 anos	645	670
65 a 69 anos	478	536
70 a 74 anos	327	413
75 a 79 anos	181	264
80 a 84 anos	105	146
85 a 89 anos	44	74
90 a 94 anos	20	39
95 a 99 anos	12	21
Mais de 100 anos	7	4

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010

1.1.5 Aspectos demográficos II

A taxa de crescimento anual é de 0,59%, sendo a densidade demográfica de 151,27 hab./km². A taxa de escolarização no município, em 2010, estabeleceu que 9,3% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 32,1%. Caso queiramos que em futuro próximo não haja mais analfabetos, é preciso garantir que todos os jovens cursem o ensino fundamental. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 95,2%. Em 2009, o percentual da população assistida pelo SUS foi de 91,6%.

A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza neste município, de 2000 a 2010, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 reduziu em 47,1%; sendo necessário para que alcance a meta de redução de 50% em 2015, uma proporção de no máximo 28,6%. Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de

moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda per capita até R\$ 140,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00.

Outra questão relevante sobre a educação brasileira diz respeito à qualidade do conhecimento adquirido pelos estudantes dos ensinos fundamental e médio. Implantado e desenvolvido pelo Ministério da Educação e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB é um indicador resultante da combinação do desempenho médio (Prova Brasil e Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica - SAEB), dos estudantes em exames padronizados ao final de determinada etapa do ensino fundamental (4ª série, ou 5º ano, e 8ª série, ou 9º ano) e o 3º ano do ensino médio, com a taxa média de aprovação dos estudantes da correspondente etapa de ensino (fluxo apurado pelo Censo Escolar). O IDEB estipula metas para serem alcançadas até 2021 em torno da nota 6,0, nível comparável ao dos países desenvolvidos. Observa-se que, entre os alunos da rede particular, já em 2005, na primeira edição do IDEB, registrava-se uma nota média de 5,9, próxima daquela a ser alcançada em 2021. No que diz respeito às séries iniciais do ensino fundamental para o conjunto do País, observa-se uma melhoria no IDEB, cuja nota média passou de 4,2, em 2007, para 4,6, em 2009. Todas as regiões obtiveram avanços nesse período, inclusive já se aproximando das metas previstas para 2011, sendo que as Regiões Nordeste e Centro-Oeste ultrapassaram as metas projetadas.

1.1.6 Sistema local de saúde

Conselho Municipal de Saúde: está composto por 25% de categorias de profissionais de saúde, 25% de prestadores de serviços representantes da gestão e 50% de usuários. As reuniões são mensais, sempre na segunda terça-feira do mês.

Fundo Municipal de Saúde: funciona na secretaria de saúde com interligação com o setor de contabilidade da prefeitura.

Orçamento destinado à saúde: o município recebe repasses da PAB FIXO e variável, bem como da Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica, dentre outros.

As equipes de saúde da Família foram implantadas em 2000, e até dezembro de 2013 tinha uma cobertura de 79,64%, referente a 14 Equipes de Saúde da Família (ESF), bem

como, 11 Equipes de Saúde Bucal e 01 equipe do NASF (não cadastrada no SIAB); não possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Sistema de Referência e Contra referência: funciona através do Complexo Regulador da Assistência (CORA), com marcação pela central de regulação e marcação de consultas.

Redes de Média e Alta Complexidade: possui o Centro de Diagnostico, com serviços de especialidades como: cardiologia, pneumologia, dermatologia, ginecologia, pediatria, mastologia, além do Hospital Santa Casa de Misericórdia.

1.1.6.1 Unidade Básica de Saúde da Família

Inserção na comunidade: QUADRA B, S/N. Loteamento Hélio Jatobá I - CEP: 57240000. São Miguel dos Campos/AL.

Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira das 07:00 às 17:00.

1.1.6.2 Recursos humanos

Um Médico, um Enfermeiro, dois Auxiliares de Enfermagem, nove Agentes Comunitários de Saúde, um Técnico responsável pela farmácia, um Técnico responsável pela marcação de consultas e uma pessoa responsável pelos Serviços Gerais, todos trabalhando 40 horas semanais.

1.1.6.3 Recursos

Área física e uso: consultório médico, consultório odontológico, consultório de enfermagem, sala de vacina, sala de curativo, sala da pré-consulta, farmácia e sala de espera antes do atendimento.

Figura 1 - Fachada da UBS Hélio Jatobá I, equivocadamente constando como II.



1.1.7 Análise situacional

Quando cheguei ao município, fui acolhido pela coordenadora de saúde, a qual se mostrou bastante acessível e simpática, porém, acho que faltou um maior esclarecimento em relação às atividades burocráticas que desenvolvemos no posto, tais como produção, cadastro, notificação, etc.

Com relação a equipe de saúde, meu primeiro contato foi muito bom, de uma maneira geral todos se mostraram dispostos a ajudar nas atividades do posto.

No momento encontro dificuldades para organizar da melhor maneira possível o processo de trabalho relativo à cobertura do atendimento prestado pelo posto. Minha população excede o limite máximo de pessoas sob cobertura da equipe em mais de 1.200 pessoas, ou seja, tenho que ofertar cobertura a mais de 5.000 habitantes. A coordenação está esperando o aval do ministério para inaugurar dois postos e dessa forma redistribuir os habitantes. Iniciei meus trabalhos com conhecimento limitado em relação às atividades e organização que um médico deve exercer, porém, com o decorrer de um mês, confesso que consegui obter o conhecimento de grande parte do serviço que venho prestando.

Minha comunidade está situada na área de maior pobreza do município, seria o que se costuma dizer, a periferia do mesmo. As necessidades são as mais diversas e o nível de analfabetismo é imenso. Pra mim tem sido um desafio fazer com que os pacientes entendam suas condições de saúde nas esferas que englobam prevenção e tratamento. Existem áreas de

escoamento de esgoto a céu aberto e as ruas não são asfaltadas. O índice de violência é alto, assim como o de consumo de drogas lícitas e ilícitas.

As atividades realizadas na unidade estão de acordo com o que estabelece PSF, são feitas consultas médicas de terça a sexta-feira, sendo um dia reservado para o atendimento de hipertensos e diabéticos, dois períodos vespertinos para realização de visitas domiciliares, um período matutino para atendimento de puericultura e patologias infantis e um período vespertino para atendimento pré-natal. A cada quinze dias são realizadas reuniões entre a equipe (agentes, enfermeiro e médico) e mensalmente escolhido um tema para ser discutido na sala de espera com os usuários.

Além dos problemas enfrentados pela grande maioria dos profissionais em relação ao acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, assim como a falta de abastecimento medicamentoso, pude perceber a grande quantidade de pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos. O município ficou dois meses sem atendimento psiquiátrico, favorecendo a percepção da grande quantidade de pacientes em uso principalmente de diazepam e clonazepam. Em seguida, percebi que mesmo com a volta do atendimento dos psiquiatras do município, a demanda é maior do que o previsto. Pude constatar ainda o grande número de pacientes que fazem uso dos psicotrópicos por longos períodos de tempo através de registros em prontuário, contribuindo para o desenvolvimento da dependência psíquica por parte dos usuários. Muitos desconhecem a indicação da medicação se limitando apenas aos efeitos passageiros que esta causa. Os relatos mais observados em consultas médicas são a dependência da droga no tratamento da insônia e o efeito tranquilizante da mesma. Percebi também a quantidade de transcrições realizadas anteriormente sem que haja o acompanhamento psiquiátrico para ajuste ou supressão da droga.

2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo é proveniente das necessidades elaboradas na análise situacional realizado pela ESF Hélio Jatobá I, sendo selecionado o uso abusivo de benzodiazepínicos como principal problema a ser enfrentado dentro do âmbito de atuação. Neste sentido foi constatada a necessidade de diminuir o número de usuários dessa classe de medicamento, bem como seu uso abusivo.

O consumo de ansiolíticos tornou se um problema complexo de saúde pública, uma vez que atinge grande parte da população. Estes medicamentos pertencem ao grupo dos psicotrópicos mais utilizados de forma indiscriminada em todo o mundo. Possuem capacidade de acarretar mudanças comportamentais, causar dependência psíquica e/ou física, resultando, muitas vezes, em complicações pessoais e sociais severas.³

No caso, por exemplo, de um paciente deprimido e, conseqüentemente ansioso, os Benzodiazepínicos podem ser úteis enquanto o tratamento antidepressivo não estiver exercendo o efeito desejável. Trata-se, neste caso, de uma associação medicamentosa provisória e benéfica ao paciente. Entretanto, com a progressiva melhora do quadro depressivo não haverá mais razões clínicas para a continuação dos Benzodiazepínicos e/ou ansiolíticos.⁴

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Propor um plano de intervenção com vistas a diminuir o abuso de medicamentos da classe dos benzodiazepínicos por parte dos pacientes atendidos no Posto de Saúde da Família Hélio Jatobá I – São Miguel dos Campos/AL.

3.2 Específico

- Elaborar agenda de reuniões/palestras entre a comunidade usuária de psicotrópicos e os psicólogos/psiquiatras do município.
- Ofertar cursos de capacitação para atenção básica em saúde mental.
- Facilitar o processo de referência/contra-referência entre profissionais médicos e psiquiatras.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 Revisão Bibliográfica

A partir da segunda metade do século XX, iniciou-se na medicina uma revolução tecnológica, incorporando recursos diagnósticos e terapêuticos que mudaram a abordagem das doenças.⁵ Os benzodiazepínicos são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60.⁶ A psiquiatria tradicional ganhou com o benzodiazepínico um inestimável aliado, criando expectativa de resolutividade segura para alguns quadros como a ansiedade e a insônia.⁵ O clordiazepóxido foi o primeiro benzodiazepínico lançado no mercado (1960), cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorrelaxantes.⁶

O mecanismo de ação se baseia na atuação nos sistemas inibitórios de neurotransmissão do ácido-gama-amino-butírico (GABA), além de provável ação direta na indução do sono não REM. Os hipnóticos e ansiolíticos tipo benzodiazepínico melhoram a eficiência do sono por diminuir sua latência, aumentar o tempo total de sono e por diminuir o número de despertares durante a noite.⁷

A prevalência estimada de transtornos mentais e de comportamento é de 12% na população mundial, sendo que mais de 450 milhões de pessoas sofrem de algum problema de saúde mental e grande parte destes usuários são tratados na Atenção Primária à Saúde (APS).⁸

As drogas hipnóticas e ansiolíticas são bastante utilizadas na prática clínica, sendo superadas em prescrições médicas para medicamentos utilizados em doenças cardiovasculares.⁷ Dados demonstram que os agentes ansiolíticos, como os benzodiazepínicos, estão entre as substâncias prescritas com maior frequência e utilizadas regularmente por mais de dez por cento da população na maioria dos países desenvolvidos, sendo, portanto, um motivo de preocupação.⁹ No Brasil, estima-se que 1,6% da população adulta seja usuária crônica de benzodiazepínicos.⁵

Os usuários de benzodiazepínicos são, em maioria, mulheres (duas a três vezes mais do que homens), e seu número aumenta conforme a idade. No Brasil, é usado principalmente por divorciadas ou viúvas, com menor renda, de 60 a 69 anos de idade.¹⁰

A eficácia dos benzodiazepínicos é bem documentada nos tratamentos de curta duração, porém o uso prolongado é contraindicado devido aos riscos de efeitos adversos, incluindo a dependência.⁵ A possibilidade de desenvolvimento de dependência deve sempre ser considerada, principalmente na vigência de fatores de risco para a mesma, tais como uso em mulheres idosas, em poliusuários de drogas, para alívio de estresse, de doenças psiquiátricas e distúrbios do sono.¹¹ A tolerância, por outro lado, já é mais difícil de ser encontrada, especialmente em pacientes idosos, os quais a desenvolvem mesmo sem aumentar as doses, por alterações próprias da senescência.¹⁰

Os múltiplos agravos à saúde causados por esses medicamentos podem ainda ser potencializados pelo uso concomitante de outros depressores do SNC como álcool e outros psicotrópicos.¹²

O consumo de benzodiazepínicos é controlado no Brasil através de sua comercialização e prescrição, incluído na Portaria SVS/MS 344, de 12 de maio de 1998, porém, permanecem sendo vendidos ilegalmente e utilizados incorretamente, a partir de receitas adulteradas, falsificadas, rasuradas e vencidas.¹³

A partir das discussões da reforma psiquiátrica, os serviços de APS são considerados o primeiro nível de cuidado da saúde mental.¹⁴ Diversos estudos já apontaram distorções nas prescrições de benzodiazepínicos, como o tempo de tratamento prolongado, uso equivocado para o alívio de quadros inespecíficos, uso por idosos e outras indicações incompatíveis com o perfil farmacológico da classe.⁵ A prescrição desses fármacos, em geral, também é inadequada, em especial no nível primário de atendimento.¹⁰

Alguns estudos referem diversos fatores que levam à prescrição inadequada de benzodiazepínicos. Dybwad et al (1966), realizou estudo que tentou responder a questão sobre por que alguns médicos generalistas são grandes prescritores de benzodiazepínicos. A maioria dos médicos relatou que a prática de prescrever benzodiazepínicos é uma das tarefas mais solicitadas e desconfortáveis que exercem, já que de alguma forma têm um sentimento de estarem praticando algo ilícito. Para justificar o hábito de prescrição, eles transferem a responsabilidade para fatores externos, como outros médicos, pacientes e falta de recursos. Estes resultados são interessantes, pois apesar do estudo ter acontecido em um país com características significativamente diferentes do Brasil, a prática sugere que os fatores identificados podem ser facilmente inferidos para a nossa realidade.⁴

Embora as recomendações para o uso de benzodiazepínicos com prescrição sugerem que a duração se limite a algumas semanas, é conhecido o uso desses medicamentos

por meses, anos ou até décadas, mesmo que as evidências demonstrem que seus benefícios podem diminuir com o tempo, enquanto o potencial para efeitos adversos permanece.¹⁵ Considera-se então, fundamental garantir o uso racional e seguro dos psicofármacos. De acordo com conceito proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso racional de medicamentos ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade.¹⁴ Neste sentido, os profissionais da atenção básica têm um papel crucial no tratamento e cuidado aos usuários com transtornos mentais.¹⁶

Órgãos internacionais, como a OMS (Organização Mundial de Saúde) e o INCB (Internacional Narcotics Control Board), têm alertado sobre o uso indiscriminado e o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento.⁴

4.2 Metodologia

O presente estudo tem caráter observacional e descritivo. Elegeu-se como local de realização a UBS Hélio Jatobá I, do Município de São Miguel dos Campos, no Estado de Alagoas.

Definiu-se, como trajetória metodológica, a elaboração de um Projeto de Intervenção a partir das características da população adstrita, dos nós críticos que foram encontrados pela ESF e dos recursos disponíveis pela Gestão para a solução do problema.

O Projeto de Intervenção foi iniciado através de relatos dos pacientes em consultas médicas, e pela observação da demanda de transcrições de benzodiazepínicos a serem realizadas por falta de consulta com especialistas e documento que indicasse indicação e tempo de uso por parte dos especialistas.

Definido como nó crítico o uso abusivo de benzodiazepínicos, a ESF criou alternativas para solucionar ou amenizar o problema através das seguintes medidas:

- Elaborar agenda de reuniões entre psicólogos/psiquiatras e comunidade.
- Implantar alternativas para contornar os problemas socioeconômicos.
- Ofertar cursos de capacitação na área de saúde mental.
- Facilitar referência/contra-referência entre médicos de família e comunidade e psiquiatras.

Feito o Plano Operativo, o próximo passo é convencer a Gestão da importância do desenvolvimento dessas ações, a fim de se conseguir o apoio necessário para a realização do Projeto. O Projeto de Intervenção tem como finalidade reduzir a dependência e a tolerância causada pelo uso abusivo de benzodiazepínicos na população adstrita à UBS Hélio Jatobá I.

4.3 Plano de intervenção

Tabela 3: Plano de intervenção a ser desenvolvido na UBS Hélio Jatobá I

NÓ CRÍTICO	PLANO OPERATIVO	PROPOSTA	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESULTADOS ESPERADOS
Abuso de benzodiazepínicos.	Diminuir utilização dos benzodiazepínicos.	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar agenda de reuniões entre psicólogos/psiquiatras e comunidade. Implantar alternativas para contornar os problemas socioeconômicos. Ofertar cursos de capacitação na área de saúde mental. Facilitar referência/contrarreferência entre médicos de família e comunidade e psiquiatras. Avaliação e acompanhamento do projeto. 	<ol style="list-style-type: none"> Reuniões entre médicos de família e comunidade e coordenadores/secretários de saúde. Contratação de psicólogos e psiquiatras. Elaboração de ficha de usuário para preenchimento do psiquiatra, constando dados do usuário/medicação/indicação/previsão do tempo de uso, para ser anexado ao prontuário do PSF. 	<p>Maior superação dos problemas sociais, bem como esclarecimento sobre a necessidade e indicações do uso de medicações controladas e redução do uso delas por parte da população assistida.</p>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre os recursos necessários para o desenvolvimento do plano de intervenção estão:

- Reuniões entre ESF, comunidade e coordenador / secretário de saúde.
- Contratação de psicólogos e psiquiatras.
- Elaboração de ficha de usuário para preenchimento do psiquiatra, constando dados do usuário/medicação/indicação/previsão do tempo de uso, para ser anexado ao prontuário do PSF.

Com o desenvolvimento do projeto espera-se atingir uma maior superação dos problemas sociais, bem como esclarecimento sobre as necessidades e indicações do uso de medicações controladas e consequente redução do uso por parte da população assistida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010: Resultados do Universo - Características da População e dos Domicílios**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/cidadesat/xtras/temas.php?lang=&codmun=270860&idtema=67&se arch=alagoas|sao-miguel-dos-campos|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios->>>. Acessado em: jan. 2014.
2. United Nations Children's Fund (UNICEF). Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_livro_mortalidade_alagoas>. Acessado em: jan. 2014.
3. CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. **O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres**. Estudos de Psicologia, Natal, v. 9, n. 1, p. 1-3, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: jan. 2014.
4. FORSAN, M. A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos**: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado . 26 f. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização (Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais, 2010.
5. FIRMINO, K. F et al. **Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano**, Minas Gerais, Brasil. Cad saúde pública [Internet], p. 1223-32, 2011.
6. ORLANDI, P. NOTO, A.R. **Uso indevido de Benzodiazepínicos**: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. Rev Lat Am Enfermagem 2005, 13(n.especial):896-902.
7. COELHO, F. M. S et al. **Benzodiazepínicos**: uso clínico e perspectivas. Rev Bras Med, v. 63, n. 5, p. 196-200, 2006.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Investing in mental health**. Geneva: World Health Organization, 2003.
9. SILVA, A. P. P. E et al. **Estudo comparativo do consumo de benzodiazepínicos entre drogarias e farmácia de manipulação na cidade de Goiânia-Go**.
10. NORDON, D. G et al. **Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária**. Rev Psiquiatr RS, v. 31, n. 3, p. 152-158, 2009.

11. LARANJEIRA R.; CASTRO L. A. **Potencial de abuso de benzodiazepínicos**. In: Bernik MA editor. *Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência*. São Paulo (SP): Edusp; 1999. p. 187-98.
12. SWEETMAN S. C. **Martindale: the complete drug reference**. 34th Ed. London: Pharmaceutical Press; 2005.
13. MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. **O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas**. SMAD. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, v. 1, n. 2, p. 0-0, 2005.
14. ROCHA, B. S.; WERLANG, M. C. **Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, 2013.
15. FOSCARINI, P. T. **Benzodiazepínicos: uma revisão sobre o uso, abuso e dependência**. 2010.
16. Hirdes, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão**. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):297-305.