

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

Marcus Vinícius Mafia Lima

**Grande número de dispersão de psicotrópicos de receituário B1 na
área de abrangência do ESF Feliciano Lage**

Polo Sete Lagoas/ Minas Gerais
2016

Marcus Vinícius Mafia Lima

Grande número de dispersão de psicotrópicos de receituário B1 na área de abrangência do ESF Feliciano Lage

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.

Orientador: Profa. Gabriela de Cássia Ribeiro

Marcus Vinícius Mafia Lima

Grande número de dispersão de psicotrópicos de receituário B1 na área de abrangência do ESF Feliciano Lage

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Gabriela de Cássia Ribeiro – Orientadora – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Examinador 2 – Profa. Liliane da Consolação Campos Ribeiro – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a minha esposa Gabriela e ao meu filho Tadeu, além de meus pais Jeová e Saide.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a toda a equipe da Estratégia de Saúde da família Feliciano Lage.

(Epígrafe)

“Não é preciso ter olhos abertos para ver o sol, nem é preciso ter ouvidos afiados para ouvir o trovão. Para ser vitorioso você precisa ver o que não está visível”.

Sun Tzu

RESUMO

No território da ESF Feliciano Lage, a dispersão de receituário B1 e, portanto o número de usuários de psicotrópicos é um problema de saúde complexo, que atinge cerca de 6% da população total da área. O uso de psicotrópicos está relacionado a alguma morbidade ou benefício que a medicação ocasiona ao paciente. A morbidade e o meio social onde o indivíduo está inserido influenciam e são determinantes para esse número. Este trabalho representa um levantamento de dados e uma estratégia para o enfrentamento do uso abusivo e excessivo dessas medicações. Para atingir tal resultado foram definidos os nós críticos do problema: estresse e vulnerabilidade social, dependência do psicotrófico e carência de abordagem a essa população. Em seguida, foram definidos projetos para o enfrentamento destas dificuldades, que serão executados pelos membros da equipe de saúde da família.

Palavras-chave: psicotrópicos, ansiolítico, estratégia de saúde da família

ABSTRACT

Within the ESF Feliciano Lage, the dispersion of prescription B1 and therefore the number of psychotropic drugs users is a complex health problem that affects about 6 % of the total population of the area. The use of psychotropic drugs is related to any morbidity or benefit that the medication leads to the patient. Morbidity and the social environment in which the individual is inserted influence and are crucial to that number. This work represents a data collection and a strategy for confronting the abusive and indiscriminate use of these medications. To achieve such a result were defined the critical nodes of the problem: stress and social vulnerability, psicotr fico dependence and lack of approach to this population. Then projects were set to face these difficulties, which will be executed by members of the Family Health Team.

Key words: psychotropic, anxiolytic, family health strategy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviatura	Sigla
ESF	Estratégia de Saúde de Família
SUS	Sistema único de Saúde
MG	Minas Gerais
UBS	Unidade Básica de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
BDZ	Benzodiazepínico
OMS	Organização mundial de saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.a Localização do ESF Feliciano Lage	11
1.b Definição do problema	11
1.c Descrição do problema selecionado	11
1.d Explicação do problema	12
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
5.1 História dos BZD	18
5.2 Conceito dos BDZs	18
5.3 Mecanismo de ação	18
5.4 Metabolização	19
5.5 Indicações	19
5.6 Efeitos colaterais	19
5.7 Tolerância	20
5.8 Dependência e síndrome de abstinência	20
5.9 Perfil do usuário	20
5.10 Causas do abuso	21
5.11 Impacto Social	21
5.12 Enfrentamento do uso indiscriminado BZD	22
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Definição dos nós críticos	23
6.2 Possíveis recursos e dificuldades para enfrentamento do problema	23
6.3 Operações	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Localização do ESF Feliciano Lage

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Feliciano Lage está localizado no município de Abaeté no estado de Minas Gerais. Segundo IBGE a população estimada da cidade é de vinte e dois mil habitantes. O município possui como principais atividades econômicas a pecuária leiteira, a pecuária de corte, a fruticultura, além de indústrias frigoríficas, confecções, laticínios. A população da área de abrangência do ESF Feliciano Lage no mês de junho de 2015 pelo SIAB é de 2930 pessoas. Uma área de vulnerabilidade social e onde grande parcela dos habitantes necessita do sistema único de Saúde (SUS) via ESF.

1.2 Definição do problema

Os principais problemas de saúde na área de abrangência da ESF Feliciano Lage são problemas associados à população adulta, destacando-se as doenças crônicas. Para a definição do problema a ser abordado pelo projeto, a equipe realizou uma reunião com todos os seus componentes. Por meio desta, a equipe identificou como o problema mais grave da população o grande número de dispersão de psicotrópicos de receituário especial B1.

1.3 Descrição do problema selecionado

A ESF Feliciano Lage abrange bairros com grande vulnerabilidade social. A equipe funciona em sede própria, construída de acordo com os parâmetros orientados pelo Ministério da Saúde (MS). Sua sede localiza-se no bairro São João. A dispersão de psicotrópicos na área de abrangência da ESF pode apresentar indicação precisa, devido alguma morbidade, ou pode ser feito de maneira abusiva e sem indicação precisa.

Na tabela a seguir, encontra-se a síntese dos dados coletados em relação ao número de usuários de benzodiazepínicos no território da ESF.

Tabela 1: Número de usuários de benzodiazepínicos por microárea no território da ESF Feliciano Lage, de acordo com o sexo.

Microárea	Masculino	Feminino	Total
Micro 1	8	27	35
Micro 2	11	17	28
Micro 3	7	19	26
Micro 4	2	16	18
Micro 5	7	26	33
Micro 6	15	26	41
Micro 7	4	19	23
Micro 8	13	28	41
Total	67	178	245

1.4 Explicação do problema

Os benzodiazepínicos (BDZ) começaram a ser utilizadas na década de 60 (ORLANDI 2005 e ALVARENGA 2014). São umas das drogas mais prescritas no mundo e são utilizados principalmente como ansiolíticos, hipnóticos, além de possuir ação miorelaxante e anticonvulsivante (AMARAL, 2011). A elevada eficácia terapêutica dos BDZs e baixos riscos de intoxicação são fatores associados que propiciaram a difusão de seu uso. O contexto relacionado ao consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, principalmente de drogas relacionadas ao receituário especial B1, ainda é pouco conhecido. Entretanto, sabe-se que os fármacos BDZs estão entre os mais prescritos no mundo, e no Brasil esse quadro é semelhante (FORSAN, 2010).

Segundo Alvarenga (2014) houve diversidade de estratégias na obtenção da prescrição do medicamento e qualquer médico fornecia a receita, indicando vínculo estabelecido com o fármaco e não com o profissional ou serviço de saúde. O profissional que mais prescreveu BZD foi o clínico geral devido em parte pela falta de conhecimento farmacológico apropriado por parte dos prescritores (SILVA, 2014). O uso indevido de BDZ parece envolver, além dos usuários, os médicos que prescrevem a medicação e os farmacêuticos que a dispensam.

Alguns problemas para a comunidade e, portanto, custos socioeconômicos são os riscos aumentados de acidentes, os riscos aumentado de overdose, os riscos aumentado em tentativas de suicídio e redução da capacidade de trabalho. Além de efeitos colaterais como amnésia, tontura, vertigem, anestesia social, alteração coordenação motora fina e zumbido que demandam prejuízo para a saúde e qualidade de vida do indivíduo, e mais gastos com saúde para essas pessoas. E como as drogas ilícitas essas medicações levam a dependência química (NASTASY, 2008).

Os BZDs trazem uma série de efeitos adversos e não só solução e cura de doenças, necessitando de uma prescrição consciente e orientações direcionadas ao profissional de saúde e ao usuário.

2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde Feliciano Lage realizou diagnóstico e levantamento dos principais problemas, sendo identificado o grande número de usuários de psicotrópicos na comunidade. Condição que contribui para o aumento do custo socioeconômico para essa população, uma vez que eleva os riscos para a saúde e mais gastos com consultas, internações e exames (NASTASY, 2008).

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos e os mesmos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos. Atualmente, um em cada 10 adultos recebem tais prescrições a cada ano, realizada por clínicos gerais e que esses médicos apresenta em sua lista 50 pacientes dependentes e metade destes gostariam de para o uso (NASTASY, 2008).

Identificamos que esse problema é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes.

A equipe após análise da situação levantada considerou que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

Objetivo geral:

Elaborar um projeto de intervenção para o aumento do nível de conhecimento sobre a dependência de psicofármacos na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Feliciano Lage em Abaeté/Minas Gerais.

Objetivos específicos:

- Identificar os usuários de psicotrópicos da área;
- Contribuir para aumento dos conhecimentos sobre psicotrópicos por meio de oficinas de educação em saúde ;
- Acompanhar os usuários.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na UBS o problema identificado foi grande número de receita benzodiazepínico. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe, diferentes fontes de obtenção dos dados. Foram selecionados indicadores da freqüência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

A abordagem com a população deve ser feita por meio de grupos operativos, palestras, atividades físicas e oficinas, juntamente com a psicóloga e fisioterapeuta do NASF com intuito de informar, esclarecer e tratamento não farmacológico. Abordar os problemas sociais em conjuntos como um grupo de apoio. Realizar oficinas, além da abordagem individual em consultas médicas e atendimento individual da psicóloga. Os recursos utilizados seriam multimídia, atividade ao ar livre, materiais didáticos e atividade de grupo. Entretanto, a principal dificuldade seria adesão da população, uma vez que para a maioria o uso dessas substâncias o benefício é mais rápido e mais eficaz do que realizar medidas comportamentais e não farmacológicas.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano.

Identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para a elaboração do plano operativo, nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Foi realizado um levantamento bibliográfico utilizando os seguintes descritores: psicotrópicos, ansiolíticos, sedativos e estratégia saúde da família. Posteriormente foram utilizadas as bases de dados para busca de artigos científicos.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 História dos BDZs

Bernik 1990 relata que o uso de substância com o objetivo de induzir o sono, obter sedação e alívio para as tensões cotidianas acompanham o homem desde antiguidade, encontrando-se relatos em escrituras de civilizações passadas de substâncias capazes de produzir estupor e certo grau de inconsciência em rituais religiosos ou em procedimentos médicos da época. Os benzodiazepínicos (BDZ) que são fármacos de prescrição e distribuição restrita começaram a ser utilizados em larga escala a partir da década de 60 e 70 (ALVARENGA 2014 e FULONE 2006). O benzodiazepínico, assim como os outros medicamentos influenciou na percepção da saúde e da doença, passando a ser visto como uma solução “mágica” para os problemas humanos e assumindo o conceito de bem de consumo em detrimento ao bem social (NETTO 2012).

5.2 Conceito dos BDZs

Os benzodiazepínicos são drogas que agem diretamente no sistema nervoso central, alterando aspectos cognitivos e psicomotores no organismo. São várias denominações atribuídas a essa medicação: ansiolíticos, sedativos, hipnóticos “calmantes” (TELLES FILHO et al; 2011, p2).

São umas das drogas mais prescritas no mundo e são utilizadas principalmente como ansiolíticos, hipnóticos, além de possuírem ação miorrelaxante e anticonvulsivante (AMARAL, 2012). A meia-vida plasmática é determinante para a classificação dos BDZs. Eles podem ser classificados como ação muito curta, curta, intermediária e longa. (NASTASY, 2008). A maior prevalência de uso da medicação encontra-se em mulheres acima de 50 anos com morbidades crônicas associadas, e sua prescrição é realizada tanto por médicos especialistas, no caso psiquiatras, como por outros médicos (NASTASY, 2008).

5.3 Mecanismo de ação

São substâncias altamente lipossolúveis o que permite ser absorvida pelo sistema nervoso central, atravessando a barreira hematoencefálica. O mecanismo de ação baseia-se no sistema inibitório de neurotransmissores de inibição do ácido-gama-amino-butírico (GABA), além de provável ação direta na indução do sono não REM (AMARAL 2012). Melhora a eficiência do sono por diminuir sua latência, aumentar o tempo de sono e por diminuir o número de despertares durante a noite (MARTINS, 2011).

5.4 Metabolização

O metabolismo dos BZD é realizado no reticulo endoplasmático liso dos hepatócitos pela ação das isoenzimas pertencentes ao sistema do citocromo P450 - CYP3A4 e CYP2C19. Os metabólitos dos benzodiazepínicos são excretados principalmente na forma de glicuronídeos ou metabólitos oxidados. Uma pequena porcentagem é excretado em forma inalterada na urina (AMARAL 2012).

5.5 Indicações

Os BDZ são substâncias com propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivante, miorelaxante e também utilizadas como pré-anestésico (NASTASY, 2008). A indicação é para casos clínicos de transtorno ansiedade grave e outros transtornos psiquiátricos como, por exemplo, a psicose, insônia, epilepsia, paciente que serão submetidos a algum procedimento anestésico, além de serem usados de uma maneira freqüente em casos clínicos mal definidos (FIRMINO, 2012).

5.6 Efeitos colaterais

Apesar de sua elevada eficácia terapêutica e do baixo risco de intoxicação os principais efeitos colaterais são tontura e vertigem, zumbido, anestesia emocional, amnésia anterógrada, efeitos paradoxiais, como ansiedade, pesadelos, alucinações e alteração comportamento. Além de tolerância, dependência, depressão respiratória entre outros (NASTASY, 2008).

EFEITOS COLATERAIS DOS BENZODIAZEPÍNICOS
Sonolência excessiva diurna – “ressaca”
Piora da coordenação motora fina
Piora da memória – amnésia anterógrada
Tontura e zumbido
Queda e fratura
Reação paradoxal – consiste de excitação, agressividade e desinibição, ocorre mais frequentemente em crianças, idosos e em deficientes.
“Anestesia emocional” – indiferença afetiva em eventos da vida
Idosos: maior risco de interação medicamentosa, piora desempenho psicomotor e cognitivo, queda e risco acidente no trânsito.
Risco de dependência em 50% dos que usaram por mais de um ano chegaram a usar por 5 a 10 anos.

FONTE: NASTASY, 2008

5.7 Tolerância

Tolerância é na prática o uso de dosagem cada vez maior do mesmo medicamento para se obter o mesmo resultado comumente relacionado à prescrição anterior, e é comum ao usuário de BZD (BICCA e ARGINON, 2008).

5.8 Dependência e síndrome de abstinência

A dependência é caracterizada pela síndrome de abstinência que é uma série de sintomas e sinais clínicos que podem ser físicos, psicológicos e sociais provocados pela interrupção do uso de alguma substância, e o BZD mesmo em dose baixa com pouco tempo de uso pode provocar tal efeito (MENDES, 2013).

5.9 Perfil do usuário

Aproximadamente 75% das prescrições destinavam-se às mulheres e aos indivíduos adultos, porém o número de idosos recebendo prescrições de BZD foi aproximadamente 25%. A média de idade foi 49,7 anos (FIRMINO, 2012). CASTRO

(2013) refere o mesmo perfil de usuário, além de afirmar que a proporção de mulher em uso de BDZ é duas vezes maior que homem, e a maioria das prescrições atendem mulheres e idosos com queixas físicas crônicas.

Algumas pesquisas evidenciam que algumas características importantes de usuários estão bem definidas e documentadas em estudos como sexo feminino, aumento de idade, variáveis sócio-demográficas como baixos níveis de renda e escolaridade (CASTRO, 2013). Entretanto, por meio de um estudo para avaliar a influência das condições socioeconômicas na associação de transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos percebeu-se que no grupo de renda mais alta apresentava um maior consumo dessa medicação, apesar de baixa renda ser fator de risco para transtornos mentais comuns (LIMA, 2008).

5.10 Causas do abuso

Desde década 80 é sabido do desenvolvimento de tolerância, de síndrome de abstinência e dependência química ao fármaco pelos usuários crônicos de BSZs, e órgãos internacionais como organização mundial de saúde (OMS) e o Internacional Narcotics Control Board (INCB) têm alertado sobre o abuso e ineficiência no controle de medicamentos psicotrópicos (ORLANDI e NOTO, 2005). Muitos fatores influenciam e contribuem para dispersão e aumento do número de usuários desse tipo de medicação como distribuição gratuita pelo governo, operários que possuem longas jornadas de trabalho, prescrição médica indevida (TELES FILHO, 2011). Um outro fator importante é a cultura de automedicação da população, constituindo uma prática que não segue a norma e considerada inconveniente pela medicina (Castro 2013). Além da comercialização do BZD de maneira ilegal com utilização de prescrições adulteradas, falsificadas e vencidas (MENDES, 2013).

5.11 Impactos sociais

Supõe-se que grande parte da popularidade alcançada pelo BZD ocorra pelo fato de ser uma droga com eficácia ansiolítica e hipnótica associada à sua margem de segurança, onde raramente ocorre uma morte por overdose (GUIMARÃES, 2013).

Os principais custos socioeconômico do uso prolongado de BDZs em 12 meses ou mais são: risco aumentado de acidentes, risco aumentado de overdose, risco aumentando de tentativa de suicídio, risco de atitudes anti-sociais, redução da capacidade de trabalho, desemprego, custo com internação e consultas, e contribuição para problema na interação interpessoal. Na assistência farmacêutica, além de garantir acesso ao medicamento, as políticas de saúde devem criar mecanismo de que o mesmo se dê segundo indicações clínicas definidas em evidências científicas e segundo as normas legais e o uso racional de medicação segundo OMS consiste na utilização do medicamento apropriado às necessidades do paciente, na dose correta, por período de tempo adequado e a custo acessível (FIRMINO, 2012). Fugir desses aspectos de racionalidade implica em uso inadequado do medicamento.

5.12 Enfrentamento do uso indiscriminado BZD

O enfrentamento deve integrar o foco ao paciente pela terapia cognitivo comportamental, a capacitação do profissional de saúde e atenção multidisciplinar. A terapia cognitivo comportamental propõe o reconhecimento das vinculações entre pensamento, afeto e comportamento e ensina a substituir esses pensamentos por interpretações mais lógicas e orientadas para a realidade, determinando afeto e comportamento mais positivos como forma de ensinar autocuidado (MARTINS, 2011). Os profissionais de saúde deveriam ser capacitados e orientados com acesso a educação continuada para terem competência para abordar os pacientes que apresentem algum transtorno mental ou sofrimento psíquico, além de produzir novos saberes em saúde mental (MENDES, 2013).

A participação do NASF junto com a equipe do ESF é importante, tornando um atendimento multidisciplinar do paciente. A atenção integral e multiprofissional é fundamentais para promover cuidado em relação ao uso abusivo de psicofármacos incluindo BZD melhorando a qualidade de vida e diminuindo prejuízo a saúde.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos nós críticos

Os nós críticos do problema foram definidos por meio da discussão da equipe sobre o tema e de entrevistas realizados com os pacientes usuários de psicotrópicos. Os nós críticos definidos foram:

- Estresse, vulnerabilidade social e situação sócio-econômica;
- Dependência do psicofármaco (química e psicológica) e
- Carência de abordagem educativa a essa população alvo.

6.2 Possíveis recursos e dificuldades para enfrentamento do problema

Os possíveis recursos para o enfrentamento do problema são:

- A equipe está motivada e pretende abordar os pacientes usuários de psicotrópicos;
- Possível parceria entre a ESF e NASF e a secretaria de saúde do município;

As principais dificuldades no combate ao uso abusivo de psicotrópicos:

- Falta de opções de lazer e de áreas adequadas para a prática de atividade física e esportes;
- o medo dos pacientes de lidarem com os problemas cotidianos e das responsabilidades;
- o vício e
- a falta de abordagem não farmacológica a esse grupo.

6.3 Operações

“Quadro 1 – Operações sobre o “nó estresse” relacionado ao problema “dependência psicotrópicos” , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Feliciano Lage, em Abaeté, Minas Gerais

Nó crítico 1	Estresse
Operação	Implantar oficinas de atividades físicas e educação em saúde
Projeto	NO STRESS
Resultados esperados	Uso correto de psicotrópicos, diminuído o número de usuários em 10%.
Produtos esperados	Implantação de um programa de uso correto do BDZs, orientação por meio de cartilhas explicativas sobre os BZDs e folders orientação
Atores sociais/ responsabilidades	ESF, NASF e população alvo
Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda da unidade; disponibilização do médico ou enfermeiro para a realização das oficinas, além do NASF Cognitivo: estratégias de comunicação pedagógica, Físico: estrutura física, material didático, local ao ar livre e vídeos
Recursos críticos	Não tem
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: ESF Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Atividades físicas como alongamento e caminhada ao ar livre e oficinas de trabalho manuais
Responsáveis:	Equipe multiprofissional do NASF e ESF
Cronograma / Prazo	Segunda quinzena de agosto. Andamento. Uma vez a cada 15 dias intercalando NASF e ESF.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Equipe NASF e ESF

“Quadro 2 – Operações sobre o “nó dependência do psicotrópico” relacionado ao problema “dependência psicotrópicos” , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Feliciano Lage, em Abaeté, Minas Gerais

Nó crítico 2	Dependência de psicotrópicos
Operação	Grupo operativo
Projeto	Sabendo mais
Resultados esperados	Uso correto de psicotrópicos, diminuído o número de usuários em 10%.
Produtos esperados	Palestras e grupos operativos
Atores sociais/ responsabilidades	ESF, NASF e população alvo
Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda da unidade; disponibilização do médico ou enfermeiro para a realização das palestras, além do NASF Cognitivo: conhecimentos sobre os efeitos do benefício e malefício de psicotrópicos e sobre estratégias de comunicação pedagógica, áudio-visual.
Recursos críticos	Não tem
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: ESF Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Oficinas educacionais sobre higiene do sono e bem estar.
Responsáveis:	Enfermeira - Daniele
Cronograma / Prazo	Segunda semana de agosto. Andamento. Uma vez no mês.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Equipe do ESF

“Quadro 3 – Operações sobre o nó “Carência de abordagem a essa população alvo” relacionado ao problema “dependência psicotrópicos” , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde Feliciano Lage, em Abaeté, Minas Gerais

Nó crítico 3	Carência de abordagem a essa população alvo
Operação	Grupo operativo
Projeto	Informar
Resultados esperados	Informar/esclarecer a população alvo sobre benefício e malefício do uso psicotrópicos
Produtos esperados	Palestras e grupos operativos
Atores sociais/ responsabilidades	ESF
Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda da unidade; disponibilização do médico ou enfermeiro para a realização das palestras. Cognitivo: conhecimentos sobre os efeitos do benefício e malefício de psicotrópicos e sobre estratégias de comunicação pedagógica
Recursos críticos	Não tem
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: ESF Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Educação em saúde sobre benzodiazepínicos e material impresso
Responsáveis:	Agentes comunitários: Hugo e Camila
Cronograma / Prazo	Segunda semana de agosto. Andamento. Uma vez no mês.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Equipe ESF por meio de palestras e material impresso

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dispersão abusiva de receituário especial B1 é um problema real e deve ser abordado, enfrentando as dificuldades inerentes, e é preciso ressaltar, a necessidade de uma política pública que define estratégias de promoção à saúde. Os BDZs são vistos como “pílulas mágicas” que curam os problemas do cotidiano e “corriqueiro” dos indivíduos, como existência, relacionamento, pressão social, trabalho e outros. O consumo abusivo desse fármaco é grande na atualidade e pode ser comparado ao consumo de drogas ilícitas e lícitas, como o álcool e tabaco. Na área de abrangência do ESF Feliciano Lage encontra-se uma considerável parcela da população em uso dessa substância, principalmente mulheres e idosos por um longo período de tempo. Muitas vezes as indicações para início de uso dos BDZs são imprecisas, o que indiscrimina seu uso.

O grande número de usuários de BDZs envolvem paciente, médico e farmacêutico, associado a falta de informação, não percepção das conseqüências deletérias, facilidade na dispersão da medicação, eficácia terapêutica e baixo risco de intoxicação. Esse uso inadequado pode provocar conseqüências para a saúde dessas pessoas, como também sobrecarregar o serviço de saúde do município.

O presente trabalho foi elaborado para avaliar o número de usuário de BDZs na área de abrangência do ESF Feliciano Lage, entender os motivos de uso da medicação e porque foi prescrito o remédio para o paciente. E a partir das propostas de intervenção conscientizar as pessoas sobre o que são os BDZs, estabelecer uma terapia cognitivo comportamental e criar programas de grupos operativos, demonstrando formas não farmacológicas para lidar com o conflito de vida. Espera-se que esse projeto pode contribuir para a redução do custo público com dispersão de medicação e gastos com serviço de saúde, além de melhorar a qualidade de vida dos usuários. Em um sentido mais amplo, contribuir também para que se estabeleça uma política pública para capacitar os profissionais de saúde para melhor abordar esse problema no município.

REFERENCIA

1. ALVARENGA J.M et al. Uso crônico de benzodiazepínicos entre idoso. **Revista de saúde pública**; 48(6): 866-872; 2014.
2. AMARAL B.D.A; MACHADO K.L. Benzodiazepínicos uso crônico e dependência. 2012. p.30. **Monografia apresentada especialização em farmacologia**. Disponível em: <http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007A8.pdf>. Acesso em 07 de dezembro 2015.
3. BERNIK M.A. Benzodiazepínicos: Padrões de uso, tolerância e dependência. **Arquivo Neuro-Psiquiatria** 48(1): 131-137; São Paulo 1990.
4. BICCA M.G; ARGIMON I.I.L. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57, n.2, p.133-138, 2008.
5. BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde. Brasília**, [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: julho, 2015.
6. CAMPOS F.C.C; FARIA H. P; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. **Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: julho, 2015.
7. CASTRO G.LG et al. Uso de benzodiazepínico como automedicação: consequência do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **Revista interdisciplinar**, v.6, n.1, p.112-123, jan.fev.mar, 2013.
8. CORRÊA E.J; VASCONCELOS M; SOUZA S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: julho, 2015.
9. CRUZ A.V et al. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí –SP. **Revista de ciências farmacêuticas básicas e aplicadas**. V.27, n.3, p.259-267, 2006.
10. FIRMINO K.F et all. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciência e Saúde Coletiva**; 17(1): 157-166, 2012.
11. FORSAN M.A. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispersão e uso prolongado. 2010. 25p. **Trabalho de conclusão de curso (especialização)**. Disponível em:

- <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649.pdf>. Acesso em 30 novembro 2015.
12. FOSCARINI P.T. Benzodiazepínicos: uma revisão sobre uso, abuso e dependência. 2010. 34p. **Trabalho de conclusão de curso (Graduação)** Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26847/000758691.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 nov. 2015.
 13. GUIMARÃES A.C.O. Uso e abuso de benzodiazepínicos: revisão bibliográfica para os profissionais da atenção básica. 2013 p.37. **Trabalho de conclusão de curso (especialização)**. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4255.pdf>. Acesso em 27 de novembro 2015.
 14. LIMA M.C.P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.4, p.717-723, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6830.pdf>. Acesso em 2 dezembro 2015.
 15. LOPES L.M.B. et all. O uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais de saúde. **Braz J Health**, 1:1-14, 2011.
 16. MARTINS T.D. Terapia cognitivo comportamental em grupo no tratamento do abuso de benzodiazepínicos. 2011. p27. **Trabalho de conclusão de curso (especialização)**. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/39081/000824750.pdf?sequence=1>>. Acesso novembro 2015.
 17. MENDES K.C.C. O uso prolongado de benzodiazepínicos – uma revisão de literatura. 2013. p26. **Trabalho de conclusão de curso (especialização)**. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4077.pdf>>.
 18. NASTASY H. et al. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. **Projeto diretrizes: Associação médica brasileira e conselho federal de medicina**, 2008. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf. Acesso em 10 novembro 2015.
 19. NETTO M.U.Q et al. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuário do SUS em Ribeirão Preto – SP. **Revista de ciências farmacêuticas básicas e aplicadas**; 33(1): 77-81, 2012.
 20. NORDON, D.G et all. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul**, v. 31,n. 3, p. 152-158, 2009.
 21. ORLANDI P; NOTO A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes chaves no município de São Paulo; **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2005 setembro-outubro; 13:896-902.

22. PAZ, A.A.M. et al. Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL). 2013. **Trabalho conclusão de curso (especialização)**. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forum.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em: julho, 2015
23. SILVA KD; RODRIGUES R. Avaliação da prescrição de benzodiazepínicos em uma farmácia magistral da cidade de Paranavaí. **Revista saúde e pesquisa**, v.7, n.3, p.423-434, setembro-dezembro; 2014.
24. TELLES FILHO P. C. P. et al. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 581-586, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2015.