

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ISADORA LEITE PESSOA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O USO INADEQUADO
DE BENZODIAZEPÍNICOS, NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS EM SANTA LUZIA, MINAS
GERAIS**

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2019

ISADORA LEITE PESSOA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O USO INADEQUADO
DE BENZODIAZEPÍNICOS, NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS EM SANTA LUZIA, MINAS
GERAIS**

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

Orientador: Prof.Dr. Bruno Leonardo de Castro Sena

BELO HORIZONTE /MINAS GERAIS

2019

ISADORA LEITE PESSOA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O USO INADEQUADO
DE BENZODIAZEPÍNICOS, NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS EM SANTA LUZIA, MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Prof.Dr. Bruno Leonardo de Castro Sena - UFMG

Professora. Ms. Eulita Maria Barcelos- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ----- de2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pacientes, que são fruto e motivação da busca diária pelo conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir auxiliar no processo de busca pela saúde dos pacientes. Gratidão também ao meu orientador, Dr. Bruno Sena, por toda a paciência e direcionamento para a realização deste trabalho.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, e de repente você
estará fazendo o impossível”

Francisco de Assis

RESUMO

Os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais prescritas no mundo. São utilizados principalmente como ansiolíticos e hipnóticos, além de possuir ação miorrelaxante e anticonvulsivante. No Brasil, são a terceira classe de drogas mais prescritas, sendo que aproximadamente 5,6% da população já utilizou a classe medicamentosa alguma vez na vida. Como objetivo principal, espera-se reduzir o uso inadequado de benzodiazepínicos pela população da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora das Graças no município de Santa Luzia em Minas Gerais. Tendo como base a análise situacional pelo método da Estimativa Rápida, identificou-se os medicamentos mais prescritos para a população são: Clonazepam e Diazepam, pois são de fácil acesso na farmácia municipal da cidade. Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa sobre o tema com busca em sites como Scientific Electronic Library Online, US National Library of Medicine National Institutes of Health, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, Sociedades de Psiquiatria, Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e, enfim, foi proposto um plano de intervenção seguindo o método Planejamento Estratégico Situacional. Foram usados como critérios de inclusão artigos científicos publicados entre 1999 e 2019. Os benzodiazepínicos são drogas relativamente seguras, porém restrições ao seu uso estão cada vez mais presentes na atualidade, devido ao aumento da incidência de efeitos colaterais. Sendo assim, se faz necessário mais estudos sobre os malefícios que o uso crônico das medicações pode trazer, e também discussões sobre os protocolos de prescrição já existentes.

Descritores: Estratégia de Saúde da Família. Ansiolíticos. Depressão. Insônia. Ansiedade.

ABSTRACT

Benzodiazepines are among the most prescribed drugs in the world. They are mainly used as anxiolytics and hypnotics, besides having myorelaxant and anticonvulsant action. In Brazil, they are the third most prescribed drug class, and about 5.6% of the population has used the drug class ever in their lives. As its main objective, it is expected to reduce the inappropriate use of benzodiazepines by the population of the Our Lady of Graces Basic Health Unit in the municipality of Santa Luzia in Minas Gerais. Based on the situational analysis by the Rapid Estimation method, the most prescribed drugs for the population were identified: Clonazepam and Diazepam, as they are easily accessible at the city's municipal pharmacy. A narrative bibliographic review of the topic was performed, searching sites such as Scientific Electronic Library Online, US National Library of Medicine National Institutes of Health, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, Societies of Psychiatry, Ministry of Health, Brazilian Institute of Geography. and Statistics, and finally, an intervention plan was proposed following the Situational Strategic Planning method. Scientific articles published between 1999 and 2019 were used as inclusion criteria. Benzodiazepines are relatively safe drugs, but restrictions on their use are increasingly present today due to the increased incidence of side effects. Thus, further studies are needed on the harm that chronic use of medications can bring, as well as discussions on existing prescription protocols.

Keywords: Family Health Strategy. Anxiolytics. Depression. Insomnia. Anxiety.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BZD	Benzodiazepínicos
DM	Diabetes Melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização de Santa Luzia no Estado de Minas Gerais.....	12
Figura 2 - Santa Luzia e sua localização na região metropolitana de Belo Horizonte.....	13
Figura 3 - Sala de espera da UBS.....	16
Figura 4 - Sala de vacina da UBS.....	17
Figura 5 - Perfil de Tolerância e dependência dos BZD	30

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 - Rede de Atenção à Saúde do Município de Santa Luzia	15
Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 36, Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora das Graças.....	20
Quadro 3 – Efeitos Colaterais do Benzodiazepínicos	28
Quadro 4 - Operações sobre o nó crítico 1 “desorganização do fluxo em rede” da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora das Graças, no município de Santa Luzia em Minas Gerais, 2019.....	35
Quadro 5 - Operações sobre o nó crítico 2 Medicalização de todas as queixas e problemas da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 36. da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora das Graças, no município de Santa Luzia em Minas Gerais.2019.....	35
Quadro 6 - Operações sobre o nó crítico 3 “desmotivação da equipe 36 devido ao não andamento do cuidado ao paciente na Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora das Graças, no município de Santa Luzia em Minas Gerais.2019.....	36
Quadro 7 – Operações sobre o nó crítico “falta de acompanhamento adequado da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde 36, da UBS Santa Luzia em Minas Gerais.. 2019.....	37
Quadro 8 - Operações sobre o nó crítico 5 “ falta de uso de métodos alternativos para auxílio de queixas como insônia” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde, do município Minas Gerais.....	38

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	12
1- Aspectos Gerais do Município	12
1.1 - Aspectos da Comunidade	12
1.2 - O Sistema Municipal de Saúde	14
1.3 - A Unidade Básica de Saúde	15
1.4 - A Equipe de Saúde da Família 36.....	15
1.5 - O Funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 36	17
1.6 - O dia a dia da Equipe 36	17
1.7 - Estimativa Rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	17
1.8 - Priorização dos Problemas: a seleção do problema para plano de intervenção	18
2 - JUSTIFICATIVA	21
3 - OBJETIVOS	24
3.1 - Objetivo geral	24
3.2 - Objetivos específicos	24
4 - METODOLOGIA	25
5 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	26
5.1- O Conceito de Benzodiazepínicos.....	26
5.2- Principais indicações do uso de benzodiazepínicos	27
5.3 - O Risco do Uso Indiscriminado de Benzodiazepínicos.....	28
5;4- Desprescrição dos benzodiazepínicos.....	30
6 - PLANO DE INTERVENÇÃO	32
6.1- Descrição do Problema Selecionado.....	32
6.2 Explicação do Problema.....	33
6.3 - Seleção dos nós críticos.....	33
6.4 - Desenho das operações.....	34
6.5 - Gestão do Plano	39
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	42

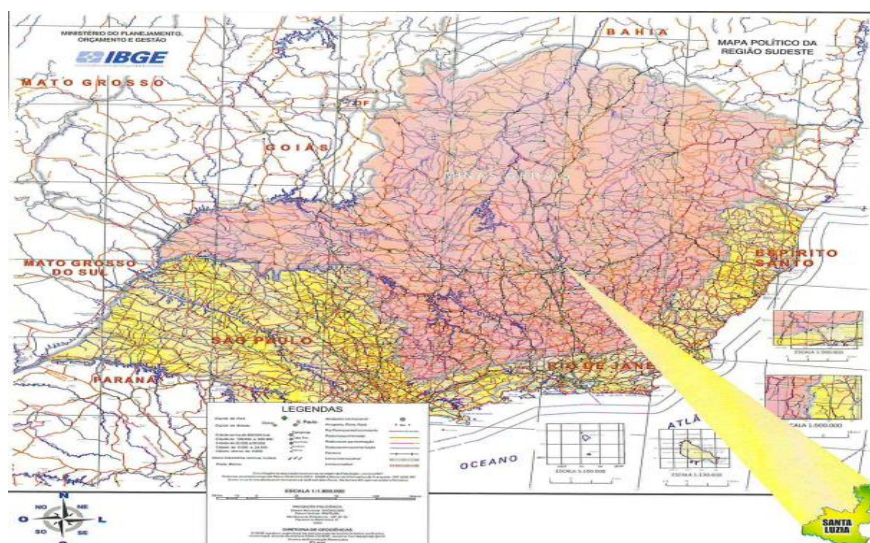
1 INTRODUÇÃO

Segundo Barros (2014) a Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui contribuição na organização do Sistema Único da Saúde, além de priorizar a promoção, prevenção e recuperação da saúde do indivíduo e sua família. Iniciada no Brasil em 1994, propôs uma nova estrutura para os serviços de saúde, além de modificar a forma de relação com os usuários e com os demais níveis de complexidade assistencial (SANTOS, 2008). Juntamente com a ESF, podemos citar a implementação de serviços específicos em Saúde Mental, mais especificamente os Centros de Atenção Psicossocial, que abrangem o tratamento do indivíduo com sofrimento mental, além de ser uma ferramenta de apoio a Unidade Básica de Saúde (UBS).

A presente autora, após sua formação acadêmica em 2018, optou por integrar a mão de obra do Sistema Único de Saúde, e viu na ESF uma oportunidade de impactar positivamente a saúde do usuário do sistema. Por meio do Programa Mais Médicos para o Brasil, alocada na Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora das Graças, no município de Santa Luzia, Minas Gerais, no mês de dezembro de 2018.

1.1- Aspectos Gerais do Município

Figura 1 - Localização de Santa Luzia no Estado de Minas Gerais

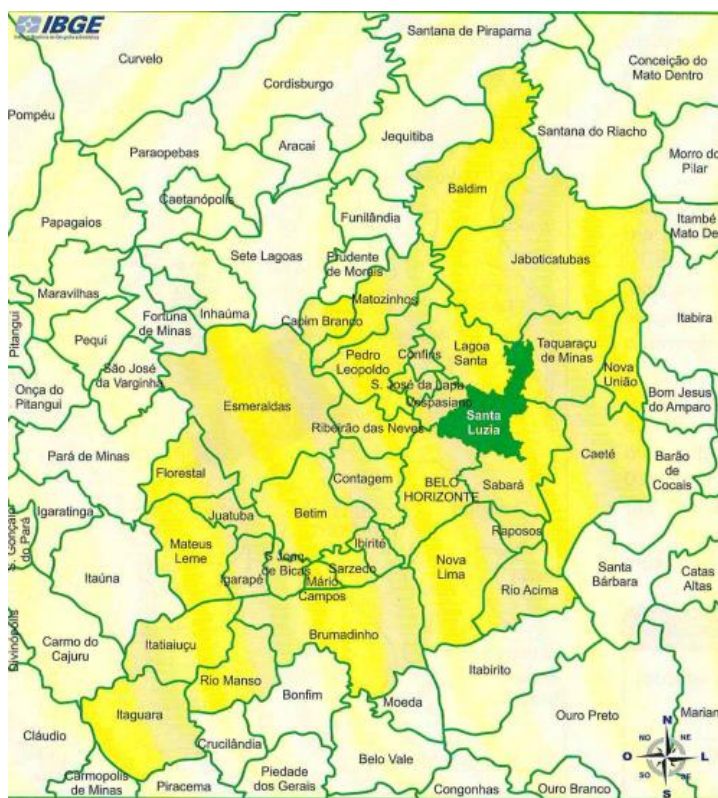


Fonte: Prefeitura Municipal de Santa Luzia: Atlas Santa Luzia (2009, p.10).

Santa Luzia, segundo estimativa do IBGE 2018 possui 202.942 habitantes, fica localizada na região metropolitana de Belo Horizonte distante a 27 km da capital.

No ano de 1962 em meio ao ciclo do ouro o primeiro núcleo populacional foi implantado as margens do Rio das Velhas. Em 1697 foi erguido o primeiro povoado e em 1856 foi emancipado de Sabará, sendo apenas em 1924 chamada definitivamente de Santa Luzia. A cidade teve um crescimento populacional importante, devido ao grande numero de indústrias que se instalaram na mesma, na tentativa de criar um novo polo industrial como na cidade de Contagem - MG (IBGE ,2018).

Figura 2 - Santa Luzia e sua localização na Região Metropolitana de Belo Horizonte.



Fonte: Prefeitura Municipal de Santa Luzia Atlas Santa Luzia (2009, p.13)

Os moradores são empregados basicamente nas indústrias locais, e no comércio que surgiu em torno das mesmas; muitos também trabalham na capital devido sua proximidade. A infraestrutura difere muito a depender do bairro, pois em alguns pontos o crescimento populacional desenfreado e as invasões de terrenos privados para moradias não acompanharam o desenvolvimento estrutural e de serviços básicos IBGE (2018).

Na cidade o grupo político enfrentou uma grande reviravolta; há três anos houve a morte do prefeito eleito, com ascensão da vice prefeita. A mesma foi eleita na eleição seguinte, porém seu mandato foi cassado. Foram então convocadas novas eleições, e o delegado da cidade foi eleito governando ainda nos dias de hoje.

Do ponto de vista de lazer, a localidade possui poucas praças e opções culturais. Há um centro de eventos muito conhecido na região denominado MegaSpace, aonde acontecem eventos privados. Ocorem também em suas respectivas datas festejos católicos anuais, como da padroeira da cidade, Santa Luzia.

Na área da saúde, a Secretária de Saúde possui convênio com hospitais em Belo Horizonte e região metropolitana para consultas, exames, maternidade e cirurgias que o município não oferece. A cidade contava com dois hospitais, porém, um deles, Hospital João de Deus foi fechado há seis anos devido falta de verba, o que acarretou prejuízo para população devido a cidade ter ficado sem maternidade. A atenção básica se encontra sobrecarregada devido ao aumento populacional, e a estagnação do número de profissionais e centros de saúde. Possui alta rotatividade de médicos o que prejudica o cuidado continuado.

1.2 – Aspectos da Comunidade

A comunidade de Vila Olga/ Nossa Senhora das Graças, se formou basicamente ao entorno das indústrias que aqui se instalaram na tentativa de criar um polo Industrial como o do município de Contagem – Minas Gerais. Outra característica marcante da formação local, são as invasões de terrenos privados que ocorreram, ocasionando moradias precárias e muitas vezes sem insumos básicos de vivência. Atualmente a maioria da população se encontra empregada nas indústrias locais, ou em empregos informais, porém a taxa de desemprego ainda é considerável.

Do ponto de vista de saneamento básico e coleta de lixo, devido a estruturação inadequada do bairro, os serviços só existem para uma minoria dos moradores. A associação comunitária do bairro deixou de existir, assim como projetos sociais. A criminalidade é outro ponto muito presente na comunidade, são frequentes os assaltos relatados pelos pacientes. Na unidade trabalham duas equipes de Saúde da Família.

1.3 - O Sistema Municipal de Saúde

A cidade de Santa Luzia conta com o apoio da seguinte rede de saúde:

Quadro 1 - Rede de Atenção à Saúde do Município de Santa Luzia

Ponto da Rede de Atenção	Descrição
Atenção Primária	26 Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Ambulatorial Especializada	Diversas especialidades como : Cardiologia, Endocrinologia, Pneumologia, Neurologia, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Hematologia, Reumatologia, Proctologia, Urologia, Nefrologia, Oftalmologia, Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, Mastologia e Gastroenterologia.
Atenção de Urgência e Emergência	Unidade de Pronto Atendimento São Benedito e Pronto Atendimento do Hospital Madalena Parrilo Calixto.
Atenção Hospitalar	Hospital Madalena Parrilo Calixto.
Apoio Diagnóstico	Laboratórios e Clínicas conveniadas.
Assistência Farmacêutica	Duas Unidades de Farmácia Básica Municipal.
Vigilância em Saúde	Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Saúde do Trabalhador e Zoonoses.

Fonte: Autoria própria (2019).

Do ponto de vista do fluxo ao atendimento do paciente, tendo a UBS como porta de entrada, a depender do caso, possuímos a opção de encaminhamento ao Pronto Atendimento Municipal ou ao Centro de Clínicas Especializadas Municipal. Há um projeto em implantação na cidade, para a alocação de médicos especializados em atendimento semanal nas UBS para as seguintes especialidades : ginecologia e obstetrícia, pediatria, cardiologia e psiquiatria.

1.4 - A Unidade Básica de Saúde e sua Equipe

A Unidade de Saúde da Equipe de Nossa Senhora das Graças que abriga a Equipe 36, foi inaugurada aproximadamente há 10 anos, situada na Avenida das Indústrias. Sua estrutura física foi doada por um morador, para a prefeitura. Sendo assim, não foi construída para abrigar uma UBS. No local estão presentes duas equipes de ESF. Algumas restrições de espaço e número de consultórios dificultam a logística do atendimento. Porém temos o benefício de possuir um pátio externo amplo, que é usado com frequência para a realização de diversas atividades com a população. Outro benefício é a rampa de entrada que possibilita o acesso adequado a cadeirantes, idosos e deficientes físicos.

Figura 3 - Sala de espera e pátio externo da UBS.



Fonte: Autoria própria (2019).

Em relação à infraestrutura da UBS Nossa Senhora das Graças, foi bem planejada e arejada e espaçosa conforme pode-se ver nas figuras apresentadas. Tem entrada principal com rampa e corrimão, pátio para atividades ao ar livre, sala de espera, recepção informatizada, sala de vacinas, quatro consultórios, uma sala de observação, copa, quatro banheiros, e uma sala de reuniões.

Figura 4 - Sala de vacinas da UBS.



Fonte: Autoria própria (2019).

1.5 - A Equipe de Saúde da Família 36

A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Há uma grande rotatividade de profissionais, o que representa um obstáculo para a relação de confiança e empatia com os pacientes.

Os agentes comunitários de saúde em sua maioria são os profissionais que estão há mais tempo permanentes na equipe, fato este sendo de grande valia, pois são grandes conhecedores da comunidade e dos pacientes e suas particularidades.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe

A unidade básica de saúde tem sua abertura às sete horas da manhã, aonde são distribuídas as fichas para triagem do acolhimento. As oito horas da manhã, se dá início ao atendimento da unidade, com a triagem do acolhimento, consultas agendadas, abertura da sala de vacinas e curativos. As segundas feiras, temos a presença da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, onde o educador físico ministra treinamento funcional e aula de dança pela manhã; a psicóloga mantém um grupo de acolhimento psicológico também pela manhã. No período da tarde, o atendimento é retomado à uma hora da tarde, novamente com consultas agendadas, acolhimento, vacinas e curativos.

1.7 - O dia a dia da equipe 36

Iniciamos o atendimento pela manhã da seguinte forma: pacientes agendados para consulta médica a cada meia hora, enquanto a enfermagem realiza a triagem do acolhimento, agendando casos não agudos e repassando para atendimento médico aqueles casos-prioritários; todos os pacientes passam pelo pré- atendimento com a técnica de enfermagem, nos quais são aferidos dados vitais e antropométricos.

A agenda da parte da tarde, é dividida da seguinte forma: às segundas: pré natal, às terças: consultas com idosos e retorno de exames, às quartas: puericultura, às quintas: grupo operativo e hiperdia e às sextas: prevenção. Quinzenalmente às quartas feiras realizamos visitas domiciliares, e mensalmente é realizada reunião de equipe.

1.8 - Estimativa Rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Foi feito o diagnóstico situacional utilizando o método de estimativa rápida, que possibilitou identificar os principais problemas vivenciados pela população atendida pela equipe. Problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à UBS Nossa Senhora das Graças:

- Uso indiscriminado de Benzodiazepínicos
- Falha na prevenção em Saúde
- Demanda reprimida de consultas com especialistas
- Polifarmácia
 - Falta de Saneamento Básico.
 - Falta de destinação adequada ao lixo
 - Demanda reprimida de exames complementares.
 - Estagnação do número de Unidades Básicas de Saúde.

A polifarmácia, tema amplamente discutido na atualidade, está fortemente presente na grande maioria dos pacientes da equipe, principalmente aqueles de idade avançada. Atualmente, toda queixa apresentada se transforma em medicalização. Pude perceber também a dificuldade da desprescrição enfrentada pelos profissionais de saúde, pois o próprio usuário se torna resistente a tal processo. Recentemente há

a disseminação de protocolos de desprescrição bem estabelecidos, que quando aplicados são altamente eficazes, gerando um processo seguro e principalmente benéfico ao cuidado do paciente.

O uso indiscriminado da classe medicamentosa dos benzodiazepínicos, foi o problema que mais me despertou atenção na comunidade. Transtornos mentais e do sono, estão presentes em praticamente todas as faixas etárias dos pacientes adscritos, sendo que uma grande parcela se tornou dependente da medicação, se recusando até mesmo a tentativa de retirada. O uso crônico de tais medicamentos já foi comprovadamente maléfico, causando até mesmo aumento do declínio cognitivo. Consequência que já pude perceber em alguns pacientes na unidade.

A falha na prevenção em saúde também foi constatada como um problema. Por se tratar de um dos princípios da saúde básica, a atenção básica hoje em dia tem seu “foco” desviado devido à grande demanda de problemas da população. O cuidado continuado dá lugar a consulta aguda, com visita pontual ao profissional de saúde sem nenhuma ação ou educação preventiva visando o doente e não a doença.

Falta de fluxo em rede, se tornou também um problema destacável no município, até mesmo já discutido entre alguns profissionais da saúde local. A inexistência de fluxo de contra referência ou até mesmo sistema de prontuário integrado faz com que o paciente fique “perdido” na rede de atenção em saúde, o que prejudica seu cuidado continuado. Podemos destacar também a demanda reprimida de consultas ambulatoriais com especialistas e determinados exames complementares, o que também prejudica o cuidado, acarretando malefício ao próprio usuário.

Do ponto de vista estrutural da comunidade, destaco a falta de destinação adequada do lixo, que muitas vezes é queimado na própria residência do usuário; e a falta de saneamento básico. A grande parcela da comunidade é de baixa renda, e as moradias em condição não adequadas. Como a população local cresceu consideravelmente nos últimos anos, as unidades básicas de saúde de toda a região, sempre se encontram superlotadas. Acarretando mais uma problemática, pois idealmente o número de unidades deveria acompanhar o crescimento populacional e a correta distribuição de população adscrita por unidade.

1.9 Priorização dos problemas : a seleção do problema para plano de intervenção.

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 36, Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora das Graças.2019

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Polifarmácia	alta	5	total	3º
Uso indiscriminado de Benzodiazepínicos	alta	5	total	1º
Falha prevenção em saúde	alta	5	parcial	2º
Falta integração em rede	alta	3	parcial	4º
Demanda com especialistas reprimida	média	3	parcial	6º
Demanda exames complementares reprimida	média	3	parcial	5º
Falta saneamento básico e coleta lixo regular	média	3	parcial	8º
Estagnação número de unidades básicas	média	3	parcial	7º

Fonte: Autoria própria (2019).

Legenda

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Atualmente, com as pressões cotidianas vividas pelo homem, sejam elas individuais ou por meio da sociedade globalizada, tem desencadeado transtornos mentais e do sono, que estão cada vez mais prevalentes. Junto a isso, tem se intensificado consideravelmente o consumo de medicamentos. Tal fato tem sido considerado um problema de saúde pública, principalmente o expressivo aumento do uso de psicofármacos, pois são comprovadamente considerados indutores de dependência física e química naqueles indivíduos que fazem seu uso por tempo prolongado (WORD HEALTH ORGANIZATIN, 2007; SANTOS, 2009).

Os benzodiazepínicos estão entre os psicofármacos, mais utilizados em todo o mundo; há estimativas de que cerca de até 3% de toda população do ocidente já tenha realizado o seu consumo de forma regular por mais de um ano (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000).

Atualmente há uma estimativa de que cerca de cinquenta milhões de pessoas façam uso contínuo de tais substâncias (RIO DE JANEIRO, 2006). Tal classe medicamentosa tem preocupado especialistas na atualidade, devido à dependência química que os mesmos têm causado, tornando-se um grande problema de saúde pública (GALLEGUILLLOS *et al.*, 2003).

Especificando o panorama em termos de Brasil, os BZD são a terceira classe de drogas mais prescritas pelos médicos, e estima-se que 5,6% da população nacional já tenha os utilizado alguma vez na vida (NORDON *et al.*, 2009). Na atualidade dados revelam que cerca de 2% da população adulta seja usuária crônica dos BZD (FIORELLI; ASSINI, 2017). No Brasil, em 2001, foi realizado levantamento nacional domiciliar, a fim de estimar usuários de BZD; cerca de 3,3% dos participantes entrevistados declararam utilizar os medicamentos sem receituário médico (FIRMINO, 2008).

A partir de meados dos anos 70, através de estudos clínicos, foram evidenciados os primeiros indícios dos riscos de dependência e sintomas de abstinência frente ao uso dos BZD (NETO; AMARAL, 2009). Mesmo, através dos riscos notados há tantos anos, o uso de tal classe medicamentosa só aumentou.

Frente às estimativas explicitadas, podemos dimensionar o quanto o uso indiscriminado de tais medicamentos, pelas mais diversas indicações tem se tornado um sério problema na atualidade, e com consequências bem estabelecidas para o futuro dos pacientes. Segundo Nordon e Hubner (2009) o uso contínuo dos BZD, considerado por mais de quatro semanas, pode provocar efeitos colaterais graves, como a perda de memória, redução da função cognitiva e até mesmo desequilíbrio, aumentando o risco de quedas.

Estudos revelaram que o gênero que mais utiliza os BZD são as mulheres, e com maior tendência de acordo com o envelhecimento (FIORELLI; ASSINI, 2017). As estatísticas e estudos mostram que cada vez mais se torna perceptível a medicalização de todos os problemas apresentados pelo paciente, medidas alternativas estão sendo esquecidas no momento da conduta médica.

Segundo Firmino (2008), em seu estudo, foi confirmado o expressivo número de idosos usuários dos BZD, além de destacar a alta prevalência mantida na faixa etária, a autora encontrou em outros trabalhos estudados. Frente a isso, destaco o uso em relação à faixa etária idosa, como um agravante aos efeitos colaterais já citados.

Um estudo realizado nas unidades básicas de saúde de São Paulo, mostrou que apesar das queixas relacionadas à saúde mental serem pouco valorizadas, são aproximadamente 56% das demandas das equipes de saúde da família (SANTOS, 2009). Fato também percebido na UBS em que atuo na atualidade.

O efeito de tolerância e dependência deve ser acompanhado e prevenido pelo prescritor, visando o uso de doses mínimas necessárias ao tratamento, e por curto período de tempo, sendo a reavaliação médica periódica um fator extremamente importante para o monitoramento (AUCHEWSKI *et al.*, 2004). Porém, na atual situação do Sistema Único de Saúde, onde o acompanhamento longitudinal do paciente está cada vez mais ineficaz, as reavaliações médicas com a periodicidade adequada não acontecem com facilidade, ocasionando continuidade do uso do medicamento por tempo indeterminado.

Alocada como médica da Estratégia de Saúde da Família da comunidade da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora das Graças, do município de Santa Luzia, Minas Gerais, pude perceber que grande parcela da população utiliza a classe medicamentosa estudada, e de forma crônica, há cerca de dois anos ou mais. Visando

a redução de danos e a assistência em saúde de excelência aos pacientes adscritos, foi selecionado como tema prioritário para a implementação do plano de intervenção.

Segundo Auchewski *et al.* (2004) a carência de trabalhos que analisam a orientação médica dada ao paciente sobre os efeitos colaterais da medicação utilizada, despertam interesse para verificação de tal fato. Pude vivenciar a falta de informações do usuário quanto a medicação utilizada; quando realizada a exposição aos mesmos sobre os possíveis efeitos colaterais ao uso crônico da medicação, grande parte deles se mostra aberto a tentativa de retirada e a introdução de terapêuticas alternativas, mostrando que a falta de informação pode trazer notórias consequências.

3 OBJETIVOS

3.1 - Objetivo Geral

Propor um plano de intervenção para diminuir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pela população assistida pela unidade básica de saúde Nossa Senhora das Graças, no município de Santa Luzia em Minas Gerais.

3.2 - Objetivos Específicos

- Estruturar processo de revisão conceitual e atualização acerca da utilização dos medicamentos benzodiazepínicos, seu uso crônico e indiscriminado.
- Propor a prática da prescrição adequada dos medicamentos benzodiazepínicos.
- Propor a implantação de protocolos de desprescrição segura dos medicamentos benzodiazepínicos.
- Conscientizar os profissionais de saúde sobre os malefícios do uso indiscriminado dos benzodiazepínicos.
- Conscientizar a população sobre a importância do acompanhamento e das reavaliações dos usuários de benzodiazepínicos.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração metodológica do presente trabalho, inicialmente foi realizada a análise situacional, utilizando o método de Estimativa Rápida, uma das etapas do Planejamento Estratégico Situacional. Objetivando realizar um levantamento das principais problemáticas e necessidades da área de abrangência da equipe e seus usuários, além de ser uma ferramenta para conhecimento mais a fundo das particularidades da área de abrangência da UBS, o perfil de seus usuários e funcionários. Por meio da análise, busquei envolver colaboradores, usuários e gestão municipal para obter uma visão holística local, objetivando uma análise participativa, de forma rápida e eficaz.

Após priorização dos problemas, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, que inclui descritores como “uso de ansiolíticos”, “transtorno de ansiedade”, “insônia”, “uso crônico de benzodiazepínicos. A busca foi realizada em bases de dados como SciELO, PubMed, Biblioteca Virtual da UFMG, Sociedades de Psiquiatria, Ministério da Saúde, IBGE; além de informações colhidas diretamente com agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e usuários da equipe sobre o assunto estudado. Utilizou-se como critérios de inclusão artigos científicos publicados a partir de 2004 à 2019.

Sendo assim, foram utilizados os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), identificados os nós críticos, foi embasado e elaborado um plano de intervenção para saná-los. Levando em consideração o perfil da população, os recursos disponíveis e o modelo de gestão municipal, foi proposto o plano de ação visando à redução de danos aos usuários, com prazos e etapas do projeto discutidos e acordados com a equipe.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 O conceito de benzodiazepínicos

Os Benzodiazepínicos são medicamentos denominados psicotrópicos e sedativos. Embora estejam entre a listagem de drogas de dispensação controlada, que são aquelas que requerem receituário médico especial, com retenção da receita azul, são facilmente encontrados nas farmácias municipais, com distribuição gratuita, e até mesmo para venda ilegal.

Por diversas vezes, os pacientes já chegam ao consultório médico demandando a prescrição do medicamento, justificando que algum conhecido teve uma boa experiência com a droga.

Segundo Forsan (2010) são considerados um dos maiores grupos de drogas com ação sedativa, além dos mais consumidos a nível mundial. Seus efeitos sentidos prontamente pelos usuários fazem com que os profissionais da saúde realizem com frequência a sua prescrição.

O histórico dos Benzodiazepínicos iniciou em 1961, com a descoberta do Clordiazepóxido de maneira accidental. De forma bem rápida, tornaram-se os fármacos mais prescritos no mundo (RANG, DALE, 2007). São drogas classificadas como depressores do sistema nervoso central.

Os BZD tem seu nome originado da estrutura molecular de seus componentes; devido a ação no sistema nervoso central, tais medicamentos tem a afinidade de interação aumentada com os receptores de benzodiazepínicos-ácido-gama-aminobutírico (MEDEIROS, 2004; SADOCK, 2007).

São drogas portadoras de grande receptividade da classe médica, principalmente devido a eficácia ansiolítica e hipnótica e ausência de efeitos colaterais representativos de risco de vida na superdosagem (FIRMINO, 2008). Com o decorrer dos anos, diversos estudos científicos realizados, tem chamado a atenção para efeitos colaterais, de dependência e de uso a longo prazo.

Na atualidade, a prescrição da classe medicamentosa estudada, em situações clínicas que não estão bem definidas é comumente realizada de modo até mesmo rotineiro (FIRMINO, 2008).

Autores tem sugerido que sua tolerabilidade e potencial risco de dependência podem ser relacionados a fatores como: modificação da dose pelo paciente, prescrição errônea e dependência psicológica (FIORELLI; ASSINI, 2016).

5.2 Principais indicações do uso de benzodiazepínicos

De acordo com Bordim (2012) o consumo dos BZD tem aumentado diariamente, e está relacionado à elevada incidência diagnóstica de transtornos psiquiátricos na atualidade, à propaganda em torno da droga e à automedicação.

Os BZD são classificados como umas das drogas mais prescritas mundialmente na atualidade. Sua utilização está alocada com papel ansiolítico e hipnótico, além de miorrelaxante e anticonvulsivante (AUCHEWSKI *et al.*, 2004). No cotidiano da UBS estudada, as indicações clínicas que mais se destacam usuárias de BZD são: transtorno de ansiedade e insônia. A grande maioria dos usuários é do sexo feminino e maiores de trinta anos. Devido ao reduzido número de profissionais especializados em saúde mental, a grande maioria das introduções e continuidades do uso da droga são realizados pelo médico generalista na UBS.

Segundo Mate (2012, p. 275), “BZD são medicamentos que deprimem a atividade motora, reduzindo a ansiedade e potencializando a indução do sono”.

Tais medicamentos ainda podem ser indicados para o tratamento de transtornos psiquiátricos como adjuvante na depressão, esquizofrenia e síndrome de abstinência alcoólica (VICENS *et al.*, 2011). Podem ser indicados também no auxílio ao tratamento das fobias, agitações psicomotoras e transtorno de pânico; além de grandes aliados no controle da crise de ansiedade aguda (RIO DE JANEIRO, 2006).

Dentre os diversos representantes da classe medicamentosa estudada, os mesmos possuem mecanismo de ação e as propriedades terapêuticas similares, porém diferem quanto ao início de seus efeitos, duração e intensidade (FIRMINO, 2008).

Sendo de responsabilidade dos profissionais da atenção básica, iniciar e manter a prescrição da grande maioria de usuários de BZD, se torna tão importante iniciar a capacitação da equipe para identificar estes usuários e dar a eles a devida atenção necessária.

Segundo Mattioni (2005) o Diazepam é o medicamento desta classe mais consumido mundialmente, havendo algumas variações quanto a alguns países, como no Brasil, seguido pelo Clonazepam, Bromazepam e Alprazolam.

5.3 O Risco do uso indiscriminado de benzodiazepínicos

No Brasil, se encontram em terceiro lugar no ranking de drogas mais prescritas, e estima-se que 5,6% da população já utilizou algum representante dos benzodiazepínicos alguma vez na vida (NORDON *et al.*, 2009).

Por sua característica de relativa segurança e tolerabilidade, os pacientes muitas vezes realizam modificação e aumento da dosagem do medicamento por conta própria, aumentando ainda mais a tolerância ao mesmo, o que se torna um ciclo vicioso, para que se tenha o efeito desejado (ORLANDI; NOTO 2005).

O usuário crônico é caracterizado pelo uso por tempo prolongado e em doses terapêuticas, com prescrição médica. Atualmente está mais associado ao sexo feminino, na faixa etária dos idosos e portadores de doenças crônicas (FIRMINO, 2008).

Consideramos uso prolongado quando o mesmo ultrapassa o período de seis meses, quando necessário a retirada do medicamento, o paciente estará exposto a manifestações como síndrome de abstinência, cujo costuma iniciar de um a onze dias após a retirada do mesmo (AMARAL; MACHADO, 2012).

Os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos relatados por Cordioli, Gallois e Isolan (2015) são inúmeros:

Quadro 3- Efeitos Colaterais dos benzodiazepínicos

déficit cognitivo (particularmente da atenção e memória)	alterações oculares	Abstinência	eosinofilia (clonazepam),
agitação,	agressividade	artralgia	fadiga
agranulocitose (rara)	amnésia/	ataxia	febre (raro)
bloqueio da ovulação (raro)	xerostomia	câibras	gosto amargo
confusão mental	depressão induzida por substância	dependência	hipocalcemia
desinibição comportamental	disfunção erétil (raro)	disartria	hiporreflexia

lentificação do pensamento	náuseas	neuropatia periférica crônica (uso)	pesadelo
relaxamento muscular	retenção urinária (raro)	sedação	tonturas
trombocitopenia	solução persistente		

Fonte: CORDIOLI; GALLOIS ; ISOLAN (2015)

Diante da vasta variedade de efeitos colaterais vale destacar que estes efeitos dependem da sensibilidade dos pacientes. Cito exemplos de efeitos facilmente encontrados nos usuários como a abstinência e o gosto amargo na boca. Destaco também efeitos que não são muito conhecidos e até mesmo surpreendentes, como: alterações oculares, desinibição comportamental, neuropatia periférica e a trombocitopenia. Outro fato curioso seria a semelhança dos efeitos colaterais, com muitas queixas comuns aos usuários de BZD.

Segundo Cordioli, Gallois e Isolan (2015) o efeito colateral da dependência ocorre de forma mais rápida com os BZD ditos de curta ação (Alprazolam e Lorazepam) e com os de longa duração (Diazepam) se utilizados em doses elevadas e períodos prolongados. É descrito ainda, que a retirada de forma abrupta do Alprazolam pode desencadear uma reação maníaca.

O conceito de uso racional de medicamentos, se baseia na prescrição da substância adequada, em doses e tempo adequados a sua indicação clínica (FIRMINO, 2008). Ao realizar a prescrição de um medicamento BZD, devemos levar em consideração três aspectos principais, são eles: real necessidade do início da medicação, intermitência e duração restrita e planejamento do tratamento (CASALI, 2010).

Casali (2010) relata que há duas modalidades de abuso, a primeira caracterizada pelo uso intermitente em altas doses com finalidade de se beneficiar dos efeitos e associados de modo geral ao consumo de álcool e outras drogas. O uso de forma crônica pode provocar a tolerância medicamentosa, o que induz a necessidade do aumento da dosagem do fármaco, levando a riscos potenciais de superdosagem (FIRMINO, 2008 *apud* CASALI, 2010).

Figura 5 - Perfil de tolerância e dependência dos BZD.

	Sequência Temporal			
	Início	Intensidade Máxima	Evolução	Tríade Sintomática
Abstinência dos BDZ	2-3 dias	7 dias	Redução progressiva após 7 dias	Disforia Hiperacusia Gosto metálico
Reaparecimento dos Estados Ansiosos	7 dias	14 dias	Evolução persistente	Reaparecimento dos sintomas Iniciais

Fonte: Google imagens (2019).

A tolerância consiste no processo em que o organismo do usuário tolera os efeitos colaterais da droga utilizada. Porém, o estado de dependência já resulta da exposição ao uso prolongado, cujo o organismo passa a depender dos efeitos do fármaco.

Um dos efeitos colaterais ao uso crônico dos BZD mais difundido na literatura atualmente, e também dentre os pacientes, é o prejuízo de memória. Recentemente, um estudo Quebec, no Canadá, foi responsável por demonstrar o aumento do risco de desenvolvimento de demências, como a de Alzheimer, em pacientes expostos ao uso indiscriminado de BZD (SOPHIE *et al.*, 2014).

5.4 Desprescrição dos Benzodiazepínicos

A retirada da droga deve ser realizada de maneira gradual, com consequente redução de sua dose e alteração na posologia (NETO; AMARAL, 2009). Devido ao tempo de uso do paciente, exposto a ação do fármaco, se torna mais difícil a interrupção do tratamento, e será ainda maior o risco da manifestação da síndrome de abstinência (AMARAL; MACHADO, 2012).

Os profissionais da saúde, devem ter em mente as dificuldades que irão enfrentar junto ao paciente para realizar tal retirada, expor e discutir alternativas de enfrentamento junto ao paciente, pode ser uma estratégia eficaz. Destaco novamente

a importância da capacitação da equipe de atenção primária, estimulando diariamente o autocuidado e o empoderamento do paciente. O Núcleo de Apoio de Saúde da Família tem papel adjuvante à equipe, realiza o atendimento multidisciplinar. Na UBS em que atuo, já é uma realidade semanal, o grupo de acolhimento psicológico e as aulas de atividade física, cujo estão sendo de grande auxílio para o autocuidado da população.

Uma das formas de desmame da medicação mais descritas na literatura como eficaz, é a retirada gradual do medicamento. Devido a menor quantidade de sintomas colaterais e fácil execução pelo paciente. Outra alternativa, muito utilizada na prática, é a mudança da apresentação da droga, como clonazepam líquido com redução de uma gota por semana até a interrupção segura, e por completo do uso (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2002).

Descrito também como estratégia de enfrentamento, possuímos a alternativa da troca do BZD por outra classe medicamentosa, como os antidepressivos com ação ansiolítica e sedativa. Fármacos como a Mirtazapina e a Paroxetina auxiliam no combate a insônia, sendo uma alternativa de troca medicamentosa eficaz (CHAIMOWICZ, 2013; PEREIRA, 2013).

Diretriz publicada no *“The Official journal of the College of Family Physicians of Canada”* propõe, baseada em evidências, auxílio á tomada de decisões na desprescrição dos medicamentos BZD. A diretriz foi baseada em revisões sistemáticas de ensaios de prescrição de BZD para insônia e de danos causados pelo seu uso continuado. (POTTIE et al.,2018). Segundo Pottie *et al.* (2018) recomenda-se que a retirada gradual dos BZD seja oferecida aos usuários a partir de 65 anos independente de tempo de uso; já em pacientes de 18 a 64 anos, a desprescrição deve ser oferecida aos pacientes com mais de 4 semanas de uso.

As recomendações de tal diretriz se aplicam aos usuários de BZD para tratamento de insônia aonde sua base de causa possa ser gerenciada. Pacientes com outras patologias devem ser avaliados individualmente e estudados quanto a possibilidade da retirada ou não do medicamento.

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado uso indiscriminado de Benzodiazepínicos na população. Na introdução deste trabalho foram listados (passo 1) e priorizados os problemas (passo 2), aqui serão abordados os outros passos do plano de intervenção: descrição do problema, explicação do problema, seleção dos “nós críticos” e finalmente o desenho das operações de acordo com o Planejamento Estratégico situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017). Através da análise de viabilidade do plano, identificamos os recursos críticos necessários e indispensáveis para sua execução que são aqueles recursos ditos essenciais.

6.1 Descrição do Problema

Visando a descrição do problema considerado prioritário, realizei a busca em prontuários manuais e prontuário eletrônico. Descrevo abaixo os principais diagnósticos encontrados entre usuários de BZD. Devido a transição do sistema de prontuário manual para prontuário eletrônico, não foi possível estimar uma população correta de usuários de saúde mental que em sua grande maioria são usuários crônicos da classe medicamentosa estudada. Porém cito também abaixo estimativas encontradas no prontuário eletrônico.

Os principais diagnósticos encontrados no E- SUS em 2019 foram:

- Transtorno Mentais e Comportamentais devido ao uso de Álcool
- Esquizofrenia
- Transtorno Afetivo Bipolar
- Episódio Depressivo não Especificado
- Ansiedade Generalizada

Foi realizado uma análise de atendimentos nos meses de junho, julho e agosto de 2019 dos pacientes com transtornos mentais, a porcentagem de atendimentos foi 12,4%, 12,7% e 11,5% (E-Sus 2019)

Pelas estimativas percentuais acima, podemos perceber a importância da problemática escolhida. Frente a uma gama de patologias, temos a presença dos

transtornos mentais com um número expressivo nos atendimentos da equipe. Porém diante da consulta das informações percebo a grande limitação dos nossos sistemas de informação e a necessidade de nós profissionais de saúde produzirmos informações e alimentarmos nossos sistemas de informação.

6.2 Explicação do Problema

Desde que entrei na unidade, a alta taxa de uso de benzodiazepínicos por um tempo prolongado me chamou atenção, sendo iniciados pelas mais diversas indicações, porém a manutenção do seu uso é feita por longo tempo, muitos sem nenhuma reavaliação ou planejamento de retirada.

A polifarmácia e o uso prolongado de medicamentos benzodiazepínicos são temas amplamente discutidos na atualidade. Enfrentamos atualmente uma “epidemia” de transtornos depressivos e do sono, devido a vários fatores do mundo contemporâneo, cada vez mais cedo os sintomas de tais patologias tem se apresentado.

A medicalização de todas as queixas, a consulta com diversos profissionais e a falta de recursos alternativos, tem provocado a intensa prescrição de medicamentos benzodiazepínicos. A falta de um acompanhamento adequado, com visão na melhora dos sintomas e da desprescrição acaba por expor o paciente ao uso crônico da medicação, e ao risco dos efeitos maléficos ao longo prazo, como a dependência.

6.3 Seleção dos Nós Críticos

“Nós críticos” são aquelas causas ou situações que são consideradas as mais importantes na origem do problema priorizado e que o seu enfrentamento e resolução vai impactar também na resolução do problema. As causas devem estar dentro do espaço de governabilidade da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

- 1-Desorganização do fluxo em rede;
- 2-Medicalização de todas as queixas e problemas;
- 3-Desmotivação da equipe devido ao não andamento do cuidado ao paciente;
- 4-Falta de acompanhamento adequado;
- 5-Falta de uso de métodos alternativos para auxílio de queixas como insônia.

6.4 Desenho das operações

Identificado o problema a ser estudado, e também seus nós críticos relacionados, se faz necessário pensar em estratégias de enfrentamentos aos mesmos.

Desorganização do fluxo em rede – a falta do fluxo em rede atrapalha a cuidado continuado do paciente, seu tratamento por vezes se torna ineficaz, ou até mesmo quando suas queixas já foram resolvidas, as medicações são mantidas, devido a falta de reavaliação ou de contato entre os níveis de atenção, trazendo os malefícios do uso crônico das medicações.

Medicalização de todas as queixas e problemas – a falta de medidas alternativas auxiliares, muitas vezes faz com que a medicação seja necessária apenas em curto período de tempo ou até mesmo desnecessária; como por exemplo na insônia, temos a alternativa da higiene do sono e medidas da medicina alternativa que são benéficas.

Falta de acompanhamento adequado – a falta de acompanhamento longitudinal adequado, e a demora na revisão das medicações em uso, pautada no pensamento da desprescrição são prejudiciais ao paciente, com foco a retirada gradual BZD, quando bem indicada pode reverter o risco em que o usuário foi exposto.

O desenho das operações significa que são ações que são desenvolvidas durante a execução do plano, elas precisam para sua operacionalização de recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder. Elas previamente são desenhadas para dar base ao enfrentamento dos nós críticos. Faz-se necessário descrever as operações para enfrentar as causas, identificar os produtos e resultados para cada operação selecionada e identificar também os recursos necessários para efetivação das operações, os responsáveis, o prazo para execução do projeto como também como será feito o monitoramento e avaliação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico 1 “desorganização do fluxo em rede” da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora das Graças, no município de Santa Luzia em Minas Gerais.. 2019

Nó crítico 1	“desorganização do fluxo em rede”
Operação (operações)	Discutir com a secretária de saúde e gestor municipal sobre as estratégias para organizar o fluxo em rede. Acompanhar o processo de negociação.
Projeto	Cuidado continuado
Resultados esperados	Otimização do fluxo de referência e contra referência
Produtos esperados	Organização do fluxo em rede.
Recursos necessários	Organizacional: Protocolos de referência e contra referência. Financeiro: Verba destinada a implementação de prontuário eletrônico.
Recursos críticos	Estrutural: Auditório para capacitação. Cognitivo: Capacitação dos profissionais sobre o fluxo em rede. Político: Apoio do gestor local
Controle dos recursos críticos	Médica, enfermeira e demais componentes da equipe estão com motivação favorável Secretária de Saúde. motivada
Ações estratégicas	Apresentação e discussão do projeto com a secretaria de saúde.
Prazo	Seis meses para organização do fluxo em rede”
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Este projeto conta com a participação de toda a equipe mais os profissionais do NASF. Serão realizadas reuniões frequentes para discutirem o desenvolvimento do projeto, os encaminhamentos que serão necessários.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Enfermeiro, médica da Família e representante da Secretaria da Saúde Serão definidas anteriormente as metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação.

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico 2 Medicalização de todas as queixas e problemas da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 36. da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora das Graças, no município de Santa Luzia em Minas Gerais.2019

Nó crítico 2	Medicalização de todas as queixas e problemas;
Operação (operações)	-Discutir com a equipe do uso tratamento alternativos em substituição aos medicamentos quando for o caso.

	-Buscar parceria com a psicóloga e com o profissional de educação física para utilização de técnicas terapêuticas. -Conscientizar o paciente que a alternativa oferecida pelo profissional no momento é a melhor e mudar só com o aceite do paciente. Oferecer práticas de medicina alternativa
Projeto	Viva melhor
Resultados esperados	Desprescrição de medicações desnecessárias. Adesão dos pacientes aos tratamentos alternativos.
Produtos esperados	Seguir protocolos de prescrição e desprescrição. Prescrição e desprescrição de medicações desnecessárias sendo substituídas por tratamentos alternativos
Recursos necessários	Estrutural: Auditório para capacitação. Cognitivo: Repasse de informação Político: Apoio do gestor local
Recursos críticos	Cognitivo: repasse de informação Político: Apoio do gestor local
Controle dos recursos críticos	Médica, enfermeira, profissional de educação física e psicólogo estão com motivação favorável Secretária de Saúde. motivada
Ações estratégicas	Apresentação e discussão do projeto com a secretaria de saúde
Prazo	Seis meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Secretaria Municipal de Saúde Médica, enfermeira, profissional de educação física e psicólogo
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Médica, enfermeira, profissional de educação física e psicólogo. Reunioes quinzenais para discutir o monitoramento e avaliação das operações..

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico 3 “desmotivação da equipe 36 devido ao não andamento do cuidado ao paciente na Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora das Graças, no município de Santa Luzia em Minas Gerais.2019

Nó crítico 3	Desmotivação da equipe devido ao não andamento do cuidado ao paciente
---------------------	---

Operação (operações)	-Usar técnicas motivacionais em grupos com os funcionários. -Discutir várias alternativas de abordagens de acompanhamento e monitoramento dos pacientes. -Capacitar a equipe para dar continuidade ao tratamento do paciente, monitorando e acompanhando. Nas visitas domiciliares introduzir a família no tratamento. -Sensibilizar os agentes comunitários de saúde.
Projeto	Prazer no trabalho
Resultados esperados	Motivação da equipe em manter o cuidado longitudinal do paciente.
Produtos esperados	Consultas com retornos em prazos necessários para a reavaliação e cuidado continuado.
Recursos necessários	Organizacional: Pré estabelecer com a equipe a linha de plano e cuidado do paciente. Político: Motivação da gestão da Unidade Básica de Saúde.
Recursos críticos	Estrutural: Sala para reuniões de equipe. Cognitivo: repasse de informação Político: Apoio do gestor local Organizacional : audiovisual
Controle dos recursos críticos	Médico, enfermeira e demais componentes da equipe estão com motivação favorável
Ações estratégicas	Apresentar e discutir o projeto com a equipe.
Prazo	Seis meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Este projeto conta com a participação de toda a equipe mais os profissionais do NASF. Serão realizadas reuniões frequentes para discutirmos o desenvolvimento do projeto, os encaminhamentos que serão necessários.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Enfermeiro, médica da Família .Serão definidas anteriormente as metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação.

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 7 – Operações sobre o nó crítico “falta de acompanhamento adequado da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde 36, da UBS Santa Luzia em Minas Gerais.. 2019

Nó crítico 4	Falta de acompanhamento adequado da população
Operação (operações)	-Fazer o acompanhamento e monitoramento do paciente durante o tratamento. -Envolver a família como coparticipe do acompanhamento.

	-Fazer visitas domiciliares com mais frequência aquele paciente que necessita de maior acompanhamento. .
Projeto	Cuidado para todos.
Resultados esperados	Melhor envolvimento da equipe e familiares no cuidado ao paciente.
Produtos esperados	Cuidado adequado para toda a população adscrita.
Recursos necessários	Organizacional: implementação de protocolos fixos visando o acompanhamento longitudinal eficaz. Financeiro: Custear a implementação de protocolos. Político: Apoio da gestão local.
Recursos críticos	Estrutural: Auditório para capacitação. Cognitivo: repasse de informação Político: Apoio do gestor local Organizacional : audiovisual
Controle dos recursos críticos	Médica, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes de saúde da equipe 36 estão com motivação favorável Secretária de Saúde. motivada
Ações estratégicas	Apresentação e discussão do projeto com a secretaria de saúde.
Prazo	9-12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Este projeto conta com a participação de toda a equipe mais os profissionais do NASF. Serão realizadas reuniões frequentes para discutirmos o desenvolvimento do projeto, os encaminhamentos que serão necessários.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Enfermeiro, médica da Família e representante da Secretaria da Saúde Serão definidas anteriormente as metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação.

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 8 – Operações sobre o nó crítico 5 “ falta de uso de métodos alternativos para auxílio de queixas como insônia” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde, do município Minas Gerais .

Nó crítico 5	Falta de uso de métodos alternativos para auxílio de queixas como insônia;
Operação (operações)	Formar grupos de paciente insones para discutir e vivenciar técnicas de relaxamento com a psicóloga. Discutir outras alternativas para conciliar o sono. Apresentar e discutir algumas atividades que podem prejudicar o sono.

	.
Projeto	Cochilar não pode
Resultados esperados	Melhora da qualidade do sono nos pacientes com tal queixa.
Produtos esperados	Reduzir a queixa relacionada a insônia.
Recursos necessários	Organizacional: Disponibilizar medidas alternativas de tratamento. Cognitivo: repasse de informação
Recursos críticos	Estrutural: Sala de reunião. Cognitivo: repasse de informação Político: Apoio do gestor local
Controle dos recursos críticos	Enfermeira e psicóloga
Ações estratégicas	Grupos operativos, atendimento psicológico, educação continuada, ambos visando a reeducação da higiene do sono.
Prazo	Seis meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira e psicóloga após cada grupo vão fazer a avaliação.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Enfermeira e psicóloga.

Fonte: autoria própria (2019)

6.5 - Gestão do Plano

O acompanhamento da proposta de intervenção será realizado em reuniões quinzenais de equipe, aonde visamos realizar sempre uma breve discussão sobre temas relevantes relacionados ao uso de BZD, seguido de uma devolutiva sobre a implementação do projeto na unidade e seus resultados já percebidos a curto prazo.

Nos grupos operativos, que acontecem semanalmente, os pacientes serão escutados a fim de sabermos mais sobre suas experiências, pontos negativos e positivos do projeto de intervenção, além da abertura de um espaço para retirada de dúvidas, seja de forma individual ou coletiva.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Barros (2014) a Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui contribuição na organização do Sistema Único da Saúde, além de priorizar a promoção, prevenção e recuperação da saúde do indivíduo e sua família. Baseada nos preceitos da Atenção Básica de longitudinalidade e integralidade, desde o início de minha atuação médica busco visualizar o indivíduo como um todo.

Durante a construção do projeto de intervenção, juntamente com a equipe, foi realizado o diagnóstico situacional, através do método da estimativa rápida, sobre os principais problemas encontrados na unidade. Simultaneamente à construção, foi possível perceber o quanto o processo de trabalho pode ser melhorado quando embasado em informações sólidas e na busca pela resolução de tais problemas. O processo também permitiu a equipe, conhecer melhor sobre a comunidade, sua área física e o perfil dos pacientes cujo cuidamos diariamente.

Na desempenho diário na UBS, pude perceber o quanto os problemas de saúde mental e do sono tem aumentado em incidência e prevalência na atualidade, constatando a realidade apresentada mundialmente. Junto disso, a medicalização das queixas dos pacientes, corroboram para o aumento significativo do uso de medicamentos psicotrópicos, dentre eles os benzodiazepínicos.

Os psicofármacos, sobretudo, os benzodiazepínicos estão entres os mais utilizados em todo o mundo; há estimativas de que cerca de até 3% de toda população do ocidente já tenha realizado o seu consumo de forma regular por mais de um ano (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000). O uso excessivo dos BZD em nossa população de abrangência, além de suas indicações clínicas, foi visto também como amparo aos problemas de stress, econômicos e familiares. A classe medicamentosa, por muitas vezes foi citada pelos usuários como um “refúgio” ou “calmante”.

O grupo de acolhimento psicológico já implantado na unidade vem promovendo e encorajando o autocuidado, além de estar criando relações de amizade e empatia entre os usuários; creio que esteja sendo uma ferramenta importante na conscientização sobre a importância de terapias alternativas aos problemas mentais.

Frente ao atual cenário Sistema Único de Saúde, onde o acompanhamento longitudinal do paciente está cada vez mais ineficaz, as reavaliações médicas, e das medicações de uso contínuo do paciente, com a periodicidade adequada não

acontecem com facilidade, ocasionando continuidade do uso do medicamento por tempo indeterminado.

Creio que com a expansão de mais trabalhos e estudos, que quantifiquem períodos de tempo mais específicos quanto ao determinante “uso crônico”, possam chamar mais atenção dos profissionais de saúde para uma vivência que já é realidade, sobre os efeitos a longo prazo dos BZD. Da grande maioria de toda a literatura consultada, poucos são os que estimam tempo preciso de uso; além disso, dos recentes trabalhos que tem relacionado as drogas estudadas com desenvolvimento de demências, possuem um grupo restrito que foi avaliado em estudo.

Pude concluir também que primariamente, uma equipe bem capacitada e motivada é chave para o sucesso de implementação de qualquer proposta de intervenção. Alguns pontos propostos, já aplicados no dia a dia de nossa UBS, já estão dando resultados, mostrando que com conhecimento e força de vontade, podemos sim mudar a realidade de nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

AMARAL, B. D. A.; MACHADO, K. L. **Benzodiazepínicos: uso crônico e dependência**. 30 f. Monografia (Especialização em farmacologia), UNIFIL – Centro Universitário Filadelfia, Londrina, 2012. Disponível em: <web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007_A_8.pdf>. Acesso em 26 out. 2019.

AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 24- 31, mar. 2004.

BARROS, I. C. **A Importância da Estratégia de Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Teófilo Otoni, 2014.

BORDIM, D. C. **Consumo de psicofármacos por usuários da unidade de saúde do bairro São Pedro da área 30: revisão de prontuários**. Especialização em Saúde da Família- Modalidade a Distância. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Brasília, [online], 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 12 ag. 2019.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_da_s_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 12 ag.2019.

CASALI, F. T . **Avaliação do uso de benzodiazepínicos pelos usuários da unidade básica de saúde do município de Camacho-MG pela dispensação realizada na farmácia básica do SUS**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Camacho, 2010.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2. Ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013

CORDIOLI, A.V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. **Psicofármacos**. 5 ed. ARTMED, Porto Alegre, 2015.

FIORELLI, K.; ASSINI, L. F. A Prescrição de Benzodiazepínicos no Brasil: uma análise da literatura. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. 2017. Disponível em <<https://www.portalnepas.org.br/abcs/hs/article/download>>. Acesso em 28 nov. 2019.

FIRMINO, K. F. **Benzodiazepínicos: Um estudo da indicação/prescrição no município de Coronel Fabriciano – MG – 2006**. Belo Horizonte, 2008. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Farmácia – Universidade Federal de Minas Gerais.

FORSAN, M. A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. 2010. 25p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649.pdf. Acesso em 05 out. De 2019.

GALLEGUILLOS, T. *et al.* Tendencia del uso de benzodiazepinas em uma muestra de consultantes em atención primaria. **Revista Médica del Chile**, v. 131, p. 535-40, 2003.

HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n. 2, p. 351-362, 2000.

MATE, L. M. **Uso irracional de benzodiazepínicos: revisão bibliográfica. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância**. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade de Santa Catarina. 2012

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

MEDEIROS, P. V. **Prescrição de Benzodiazepínicos em Centro de Atenção Primária à saúde da cidade Florianópolis**, 2004. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. 13(número especial), p. 1207-1212, 2005.

NASTASY, H.; RIBEIRO M.; MARQUES, A. C. P. R. Diretriz: Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos, **Associação Brasileira de Psiquiatria**. 2002. Disponível em <http://www.fmb.unesp.br/Home/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiquiatria/ViverBem/Consenso_benzodiazepinicos.pdf>. Acesso em 25 out. de 2019.

NETO, M. A. S.; AMARAL, G. A. **Análise e caracterização de benzodiazepínicos**. Barra do Graças –MT, 2009. Disponível em :< www.univar.edu.br/revista/downloads/benzodiazepinicos>. Acesso em 21 nov. 2019.

NORDON, D. G.; HUBNER, C. K. Prescrição de Benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Diagn. Tratamento**. V.14, n.2, p.66-69, 2009.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto v.13, n. especial, p. 896-902, 2005. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18>. Acesso em 26 out. 2019.

POTTIE, K. et. al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists – Evidence based clinical practice guideline. **Canadian Family Physician**, may 2018. Disponível em:<<https://www.cfp.ca/content/64/5/339/tab-e-letters>>. Acesso em 22 out. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA. **Atlas Escolar Histórico, Geográfico e Cultural do Município**. Belo Horizonte: Editora Cultural Brasileira, 2009. 72p.

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

RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde. Coordenação de Programas de Saúde Mental. **Uso racional de Psicofármacos**. Ano 1, vol. 1, p. 1-6, Abril-Jun 2006.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. (ed.). **Benzodiazepines and drugs acting on benzodiazepine receptors**. 10 ed. Nova York: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

SANTOS, D. V. D. **Uso de psicotrópicos na atenção primária no distrito sudoeste de campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada**. 2009. 96 f. Dissertação (Mestrado de saúde coletiva) – Departamento de medicina preventiva e social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A. Trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, p.220-227, 2008. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>>. Acesso out. 2019.

SOPHIE, B.G. *et al.* Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. **The British Medical Journal (BMJ)**, v.349, n. 5205, 2014. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g5205>>. Acesso em 25 out. 2019.

VICENS, C. *et al.* Comparative efficacy of two primary care interventions to assist withdrawal from long term benzodiazepine use: A protocol for a clustered, randomized clinical trial. **BMC Family Practice**. P.1-7, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Use of concordance to improve patient adherence. Rational use of medicines. **WHO Drug Information**. v.21, n. 1021, 2007 a. Disponível < <http://www.who.int/druginformation>>. Acesso em: 22 nov. 2019.