

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

**MELINA MARQUES ALVES BORGES**

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR O USO INDISCRIMINADO  
DE BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CAIC  
003 DO MUNICÍPIO DE UNAÍ – MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2017**

**MELINA MARQUES ALVES BORGES**

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR O USO INDISCRIMINADO  
DE BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CAIC  
003 DO MUNICÍPIO DE UNAÍ – MINAS GERAIS**

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

Orientador: Bruno Leonardo de Castro Sena

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2017**

**MELINA MARQUES ALVES BORGES**

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR O USO INDISCRIMINADO  
DE BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CAIC  
003 DO MUNICÍPIO DE UNAÍ – MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Bruno Leonardo de Castro Sena

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Aprovado em Belo Horizonte, em: 26/02/2017

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus, minha equipe de trabalho e professores, que de certa maneira colaboraram com minhas pesquisas e conclusão deste trabalho.

## RESUMO

O uso abusivo de medicamentos de uso controlado vem gerando um grave problema à saúde pública. Tornando os usuários dependentes químicos e emocionais de medicamentos que, muitas vezes foram iniciados em tratamentos que não tiveram continuidade. Primeiramente foi realizado um diagnóstico situacional na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde CAIC 003, através do método da Estimativa Rápida e constatou-se que o principal problema local era o uso indiscriminado de fármacos psicotrópicos. Este estudo objetivou elaborar um plano de ação para reconhecimento dos usuários e elaboração de estratégia para conscientização dos mesmos com informações claras e objetivas dos riscos com o uso abusivo e indiscriminado de tais medicamentos. Fez-se uma revisão de literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, Publicações do Ministério da Saúde e dados do e-SUS. Realizou-se também a quantificação de usuários totais na Unidade Básica de Saúde e os que fazem uso contínuo deste tipo de medicação. Elaborou-se então, um plano de ação, seguindo o método Planejamento Estratégico Situacional, para convidar os pacientes para uma visita a unidade e a uma consulta individual, onde foram examinados e, assim, avaliado a necessidade de continuidade do medicamento. Houve resistência por parte de vários usuários, e isso exigiu uma nova estratégia de conscientização oferecendo uma terapia de saúde mental e realização do desmame de tais drogas com objetivo de desintoxicação.

Descritores: Psicofármacos. Dependência química. Atitudes.

## **ABSTRACT**

The abusive use of controlled-use medicines has generated a serious public health problem. Making users dependent on both chemical and emotional medications, they have often been started on treatments that have not had continuity. Firstly, a situational diagnosis was carried out in the coverage area of the Basic Health Unit CAIC 003, using the Quick Estimate method and the main local problem was the indiscriminate use of psychotropic drugs. This study aimed to elaborate a plan of action for the recognition of users and the elaboration of a strategy for their awareness with clear and objective information of the risks with the abusive and indiscriminate use of such drugs. A literature review was carried out in the databases of the Virtual Health Library, Health Ministry Publications and e-SUS. Quantification of total users in the Basic Health Unit and those who make continuous use of this type of medication were also performed. A plan of action was then developed, following the Strategic Situational Planning method, to invite patients to a unit visit and an individual consultation, where they were examined and thus evaluated the need for continuity of the medication. There was resistance from several users, and this required a new awareness strategy offering a mental health therapy and weaning of such drugs for detoxification purposes

**Keywords:** Psychotropic Drugs. Substance related disorders. Health Knowledge

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS Biblioteca Virtual de Saúde

BZD Benzodiazepínico

ESF Equipe de Saúde da Família

FJP Fundação João Pinheiro

GABA Ácido Gama Amino Butírico

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OMS Organização Mundial da Saúde

PCO<sub>2</sub> Pressão Parcial de Dióxido de Carbono.

PES Planejamento Estratégico Situacional

PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RACGP Royal Australian College of General Practitioner

REM *Rapid Eye Movement*

SNC Sistema Nervoso Central

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	
9		
	1.1 Aspectos gerais	
	1.2 Diagnósticos situacional	
	1.3 A Unidade Básica de Saúde CAIC 003	
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	
12		
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	
13		
	3.1 Geral	
	3.2 Específicos	
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	
14		
5	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	
15		
	5.1 Os benzodiazepínicos	
	5.2 Indicações	
	5.3 Prevenção quaternária	
	5.4 Uso abusivo de benzodiazepínicos	
	5.5 Efeitos esperados	
	5.6 Tolerância e dependência	
6	<b>PLANO DE AÇÃO</b> .....	
21		
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	30
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31





## 1 INTRODUÇÃO

O uso abusivo de medicamentos de uso controlado vem gerando um grave problema à saúde pública. Tornando os usuários dependentes químicos e emocionais de medicamentos que muitas vezes foram iniciados em tratamentos que não tiveram continuidade. O hábito de consumir esses medicamentos sem serem assistidos, dificulta nossa abordagem e realização do desmame pela resistência que apresentam os usuários.

### 1.1 Aspectos gerais

Os benzodiazepínicos (BZD) são drogas hipnóticas e ansiolíticas bastante utilizadas na prática clínica, podendo ser usados em até 20% da população, dependendo da faixa etária. As drogas ansiolíticas diminuem a ansiedade, moderam a excitação e acalmam o paciente. O mecanismo de ação se baseia na atuação nos sistemas inibitórios de neurotransmissão do GABA (ácido-gama-amino-butírico), além de provável ação direta na indução do sono não REM (*Rapid Eye Movement*). Os hipnóticos e ansiolíticos tipo BZD melhoram a eficiência do sono por diminuir sua latência, aumentar o tempo total de sono e por diminuir o número de despertares durante a noite (MOREIRA JR, 2005).

Embora de uso seguro, problemas como dependência, tolerância e abuso são descritos. Por essas razões se preconiza a boa orientação ao paciente, com avaliação precisa da indicação e a cuidadosa monitorização do paciente em uso de BZD.

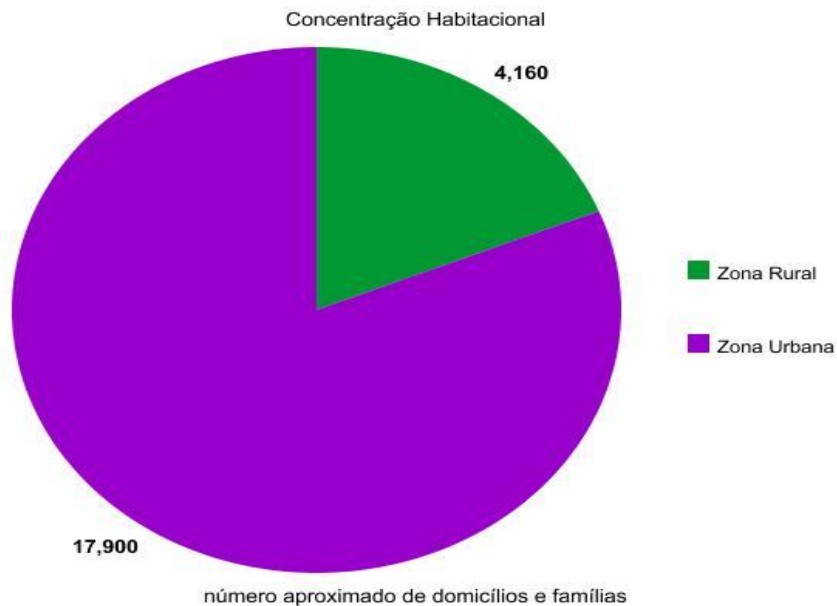
O efetivo uso clínico de ansiolíticos e hipnóticos aconteceu na década de 60, iniciando-se com a bromida, hidrato de cloral, paraldeído e do sulfonal, além do etanol, utilizado desde as civilizações mais antigas. Apesar de terem sido muito usadas, essas substâncias continuavam a desencadear efeitos colaterais importantes. Mais tarde, novas drogas foram sendo desenvolvidas com menor potencial de toxicidade e menos efeitos colaterais, o que facilitou o manejo clínico (MOREIRA JR, 2005).

## 1.2 Diagnóstico Situacional

O município de Unaí está localizado na mesorregião do Noroeste de Minas Gerais, tem uma área de 8 447,107 quilômetros quadrados e está a 590 quilômetros da capital, Belo Horizonte e a população atual de 2010 (IBGE, 2010).

A área total do município é de 8.447,107 km<sup>2</sup>, sendo a concentração habitacional de acordo com instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE, 2016) é de 81.693. Possui um número aproximado de domicílios e famílias de 17.900 em zona urbana e 4.160 em zona rural.

Figura 1 - Concentração Habitacional no município de Unaí - Minas Gerais



Fonte: PNUD, IPEA e FJP (2010).

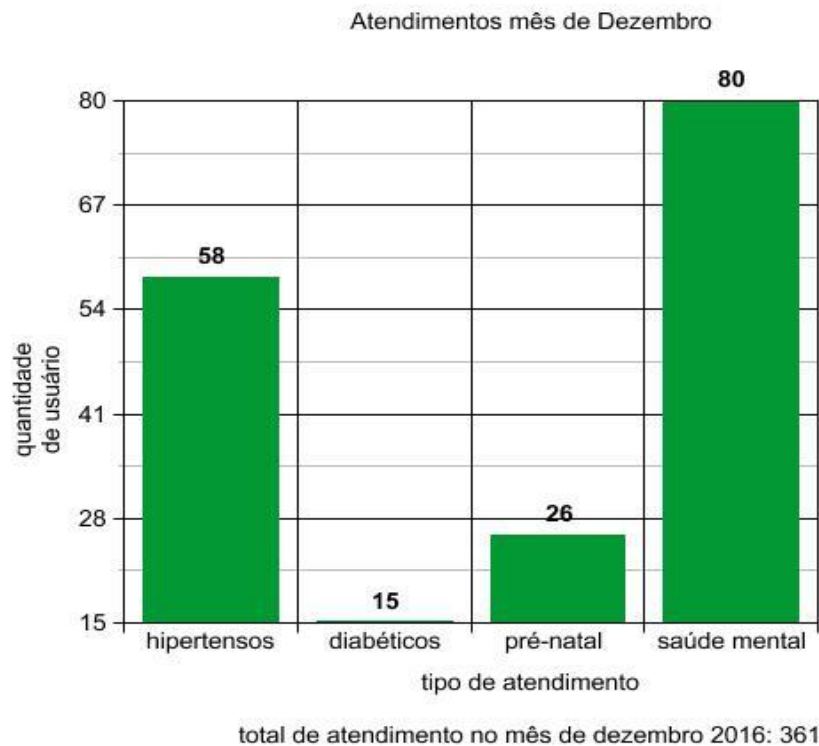
A Taxa de Crescimento Anual foi de 1,03%, a densidade demográfica foi de 9,18 hab/km<sup>2</sup>. A Taxa de Escolarização teve um incremento de 2,22% desde o ano de 2000. Hoje a Taxa é de 88,22% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 14,59% estavam cursando o ensino superior em 2010 (IBGE, 2010).

A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 3,44% e o índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil População (%) no estado de Minas Gerais de acordo ao Anuário brasileiro de Educação Básica: EF (ensino fundamental) anos iniciais: 5,6 EF; anos finais: 4,3; Ensino Médio: 3,9. E a Taxa de Urbanização total é: 80,4% (IBGE, 2010).

### **1.3 A Unidade Básica de Saúde CAIC 003**

O número total da população assistida por nossa equipe é de 4.726 pessoas, sendo 1.363 mulheres entre 10 e 59 anos de idade e 2.853 pessoas menores de 15 anos de idade. A quantificação dos atendimentos no mês de dezembro de 2016 foi no total de 361 individuais, sendo 58 hipertensos, 15 diabético, 26 de pré-natal e 80 de saúde mental.

Gráfico 1 - Demonstração do atendimento por tipo de patologia, realizado no mês de dezembro 2016.



Fonte: Arquivo Pessoal (2016).

## 2 JUSTIFICATIVA

Para a Organização Mundial de Saúde a definição de saúde passa a significar “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade [...]” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946), p. 70-71). Esta definição, que representa uma perspectiva mais positiva e que marca a grande mudança que a concepção de saúde sofreu, tem recebido continuamente alterações e influências, em função das imensas variedades de contextos e experiências humanas, históricas, culturais, sociais, científicas e filosóficas que foram acontecendo. Com isso, a educação em saúde pode ser entendida como uma forma de abordagem que, enquanto um processo amplo na educação. Proporciona construir um espaço muito importante na veiculação de novos conhecimentos e práticas relacionadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946).

Após vários estudos, se conclui que a maioria dos pacientes que usam indiscriminadamente ansiolíticos, são mulheres, muitas vezes sem acompanhamento

adequado, gerando assim transtornos de comportamento como dependência química (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

O uso de benzodiazepínicos é indicado para o controle da ansiedade e para uso adjuvante em diversos transtornos psiquiátricos. O uso desse tipo de medicação deve ser assistida por profissional capacitado para orientar e evitar dependência química consequente ao uso abusivo (BOTEGA, 2009). A iatrogenia refere-se a um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico (CAPISANO, 2007).

Em pesquisa divulgada recentemente realizada pelo IMS Health demonstrou que o Rivotril® 9 (Clonazepam) foi o segundo medicamento mais consumido no Brasil em 2008, sendo que em 2004 ele aparecia em sexto lugar. Essa pesquisa só corrobora o aumento do consumo dos BZD (AMARAL; MACHADO, 2012).

Desde a década 1970, esse tipo de droga vem sendo usadas demasiadamente, sendo o tipo de droga mais prescrita pelos profissionais médicos, com intuito de controlar a ansiedade e proporcionar noites tranquilas de sono (BERNIK, 1999).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Elaborar um plano de ação para reduzir o número de pacientes com usos abusivo e desnecessário de benzodiazepínicos, oferecendo apoio e tratamento individual baseado no indivíduo, na Unidade Básica de Saúde CAIC 003, do município de Unai em Minas Gerais.

#### **3.2 Específicos**

Melhorar a qualidade de vida desta população.

Organizar o fluxo de atendimento destes pacientes, respeitando os princípios da equidade e integralidade.

Introduzir o atendimento multidisciplinar na equipe, no contexto familiar e social de toda população da área.

Realizar um levantamento de necessidades de acompanhamento com especialista e realizar o desmame medicamentoso.

Acompanhar pacientes após o início do novo tratamento.

#### **4 METODOLOGIA**

Para a realização do diagnóstico situacional, foi utilizado o método da Estimativa Rápida, pela ESF (Equipe de Saúde da Família). Foram utilizadas as seguintes fontes de informações: os registros escritos, as entrevistas com informantes-chave e a observação ativa da área. Este método tem a vantagem de ser rápido, ter baixo custo, participação popular e envolvimento de toda a ESF. Fontes de pesquisa foram livros, revistas científicas, protocolos clínicos e documentos oficiais.

Para a fundamentação teórica deste trabalho foi realizada busca bibliográfica nos periódicos científicos editados na linha temporal do período de 1969 a 2012 buscando conhecimentos científicos para desenvolvimento o plano de ação. A pesquisa se deu por livros acadêmicos de psiquiatria, Google Acadêmico, científico (SciELO, LILACS), Programas do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde

(BVS), Secretaria Estadual de Saúde, Leis, Portarias e Decretos e sites dos Conselhos de Saúde utilizando como descritores da pesquisa:

- Psicofármacos.
- Dependência química.
- Atitudes.

O plano de ação foi elaborado pelo método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) em conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo aplicados na comunidade assistida pela ESF, com o objetivo de conhecimento e execução de soluções para melhoria do atendimento e promoção de saúde psicossocial, visando os problemas diagnosticados.

## **5 REVISÃO DE LITERATURA**

### **5.1 Os benzodiazepínicos**

O efeito esperado para esses medicamentos no organismo é o controle da ansiedade e insônia. Entre os efeitos colaterais estão redução da ansiedade, sedação, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e efeito anticonvulsivante, conseqüente a depressão do SNC. Por serem considerados medicamentos eficazes, relativamente seguros e com boa tolerância, conquistaram a classe médica e despertaram o interesse da população (AMARAL; MACHADO, 2012).

### **5.2 Indicações**



Os BZD são indicados para tratamento de ansiedade severa, insônia, epilepsia, espasmos musculares, náusea e vômito decorrentes de tratamento quimioterápico, como adjuvante em procedimentos que requeiram anestesia e em pacientes esquizofrênicos. No entanto, a prescrição desses medicamentos em quadros clínicos mal definidos é realizada de modo comum e rotineiro (FIRMINO, 2008).

Segundo o *Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP), para o tratamento da insônia, a prescrição de BZD deve ser utilizada por um tempo inferior a duas semanas (devem ser utilizados para tratar apenas a insônia severa, incapacitante ou que leve o indivíduo a uma angustia extrema). Em se tratando de ansiedade, não se deve utilizar BZD por mais de seis semanas (GUIDELINE, 2000). O uso por um período de seis semanas a 6 meses pode gerar dependência e tolerância. Para tratamento de depressão, os BZD são indicados apenas quando existem manifestação de ansiedade acentuada ou inexistente agressividade predominante. Se utilizados monoterapeuticamente, podem precipitar suicídio (CASALI, 2010).

### **5.3 Prevenção quaternária**

Prevenção quaternária foi definida de forma direta e simples como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Posto que um dos fundamentos centrais da medicina é o "*primum non nocere*", a prevenção quaternária deveria primar sobre qualquer outra opção preventiva ou curativa (NORMAN; TESSER, 2009).

A conceituação de prevenção quaternária foi proposta no contexto clássico dos três níveis de prevenção de Leavel e Clark (1976), que classificava a prevenção em primária, secundária e terciária. Jamouille (2014) propôs a prevenção quaternária como um quarto e último tipo de prevenção, não relacionada ao risco de doenças e

sim ao risco de adoecimento iatrogênico, ao excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e a medicalização desnecessária (NORMAN; TESSER, 2012).

Dada a atual conjuntura, a prevenção quaternária deve ser destacada, pois permeia todos os outros níveis de prevenção, particularmente a prevenção secundária, mas também a chamada prevenção primordial (evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que contribuem para um risco acrescido de doença), e a promoção da saúde, revalorizada após a “*Carta de Ottawa*” (JAMOULLE, 2014).

#### **5.4 Uso abusivo de benzodiazepínicos**

Os indivíduos que abusam de benzodiazepínicos, geralmente o fazem para lidar com as reações, por exemplo, ao estresse devido ao luto, desemprego, etc. Com a expectativa de que tais medicações podem ajudá-los a resolverem os seus próprios problemas, ou então, simplesmente buscam os seus efeitos agradáveis, tais como a euforia, a excitação e o aumento do estado motivacional para a realização de suas atividades cotidianas (HANSON; VENTURELLI, 1995).

A popularização dos BDZ, em decorrência de seu maior perfil de segurança, foi extensamente divulgada pela indústria farmacêutica. Entretanto, a experiência clínica, mostrou que, embora seguro o uso destes medicamentos não se isenta de efeitos indesejados (FIRMINO, 2008).

Quando os pacientes adquirem tolerância a algum desses efeitos tendem a procurar um médico com o objetivo de persuadi-lo a prescrever um benzodiazepínico, ou então, compram de forma ilegal a medicação (HANSON; VENTURELLI, 1995).

A absorção dos BDZ, em sua maioria, ocorre completamente após a administração oral. Após a absorção, ocorre a transformação metabólica, que gera em alguns casos metabólitos ativos e de meia vida longa. O Diazepam é um dos fármacos que possuem tais propriedades, o que leva a produzir efeitos acumulativos com o uso de outras drogas, e conseqüentemente podem levar ao aparecimento de efeitos adversos como sedação, sonolência e ataxia. Reações com menor frequência,

incluem vertigem, confusão / depressão mental, cefaleia, diminuição da libido, tremores, disartria, diplopia, distúrbios gastrointestinais, amnesia, salivação, retenção ou incontinência urinária. Alguns pacientes podem apresentar hostilidade, agressividade e desinibição. Depressão respiratória e hipotensão são raras e associam - se ao uso de altas doses de BDZ (FIRMINO, 2008).

### **5.5 Efeitos esperados**

Os benzodiazepínicos tem ação no sistema nervoso central e nos demais sistemas periféricos. No primeiro, estes medicamentos produz sedação, hipnose, redução de ansiedade, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e atividade anticonvulsivante. Nos sistemas periféricos, há apenas duas ações relevantes: a vasodilatação coronária, quando administrado por via parenteral, e o bloqueio neuromuscular (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006).

A ação dos benzodiazepínicos é dose dependente. A sedação é obtida a partir de uma determinada dosagem e à medida que esta dose é aumentada o efeito aumenta causando uma ação hipnótica chegando até a depressão respiratória e a morte. O mecanismo de ação dos benzodiazepínicos envolve os receptores e neurotransmissores GABA, pois sua ação não é diretamente no receptor. Os Benzodiazepínicos se ligam a uma parte do receptor GABA<sub>A</sub> diferente onde o neurotransmissor se liga, causando uma potencialização no momento em que o neurotransmissor se liga ao receptor (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006).

A partir da ligação do receptor GABA e o neurotransmissor GABA ocorre uma abertura no canal de íons cloreto que possuem carga negativa permitindo o influxo para a célula. Desta forma a célula fica com um potencial interneural de -70 milivolts. As cargas negativas deste íon também cancelam grande parte do efeito excitatório causado por íons sódio carregados positivamente (GUYTON; HALL, 2006).

### **5.6 Tolerância e dependência**

Apesar dos benzodiazepínicos serem medicamentos seguros, há um grande inconveniente de causar dependência e tolerância. A interação de cinco fatores

aumenta a possibilidade do desenvolvimento de dependência, são eles: dose, duração do tratamento, regularidade do uso, droga utilizada e perfil psicológico do paciente. Dentre esses fatores, a dose, a duração do tratamento e a regularidade do uso são mais importantes no desenvolvimento da dependência (COELHO *et al.*, 2005).

O potencial de abuso dos BZD, associados com a síndrome de dependência, é um fenômeno clínico relativamente recente. Somente em 1970, se passou a considerar os riscos dos BZD induzirem os pacientes ao abuso ou dependência, quando estudos clínicos evidenciaram o desenvolvimento de dependência e sintomas de abstinência mesmo em uso de doses terapêuticas. Apesar disso, durante algum tempo considerava-se a própria dependência uma complicação rara. Nessa época, em pouco tempo o Diazepam, tornou-se o BZD mais vendido dentro da classe dos sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, chegando a liderar o ranking das medicações mais prescritas nos Estados Unidos entre 1972 e 1978 (HANSON; VENTURELLI, 1995).

A princípio, pensava-se que os BZD tinham a vantagem de ter uma elevada eficácia terapêutica e baixos riscos de intoxicação e dependência, isso levou a uma rápida aderência da classe médica, porém, posteriormente em poucos anos, foram observados em usuários crônicos de BZD, os primeiros casos de uso abusivo e o desenvolvimento de tolerância, de síndrome de abstinência e de dependência. A partir de então houve uma modificação na postura da sociedade em relação aos BZD, que do auge do entusiasmo nos anos 70, passou a ter seu uso restrito na década seguinte. Um exemplo disso, são os Estados Unidos que chegou atingir 11,1% de uso desses medicamentos no ano de 1979, diminuindo para 8,3% em 1990 (ORLANDI; NOTO, 2005).

Segundo Nastasy, Ribeiro e Marques (2008) os benzodiazepínicos foram amplamente prescritos no tratamento dos transtornos ansiosos, como uma opção segura e de baixa toxicidade durante toda a década de 70, porém no final desta mesma década, pesquisadores começavam a detectar potencial de uso nocivo e risco de dependência entre os usuários de tais substâncias, o que trouxe uma maior preocupação com o seu consumo. Atualmente, apesar de ainda possuírem

indicações precisas para controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, psiquiatras e médicos de outras especialidades continuam prescrevendo os BZD de modo indiscriminado.

Muito dessa relutância em aceitar o potencial de abuso dos BZD deve-se ao perfil benigno dos seus efeitos adversos, o que os torna uma droga segura em relação aos barbitúricos e outros sedativo-hipnóticos. No começo dos anos 80, quando se demonstrou que 50% dos usuários crônicos de BZD (acima de 12 meses) evoluíram com uma síndrome de abstinência, essa visão “complacente” sobre os BZD alterou-se acentuadamente (LARANJEIRA; CASTRO, 1999).

O uso prolongado de altas doses de BZD em períodos acima de quatro a seis semanas, para o tratamento de transtornos psiquiátricos primários (estados ansiosos e alterações do sono, principalmente as queixas de insônia), pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e conseqüentemente dependência, principalmente quando se utiliza doses elevadas de BZD de alta potência e de meia-vida curta- midazolam, lorazepam, alprazolam e triazolam (FRIEDMAN *et al.*, 1996; HANSON; VENTURELLI, 1995).

Na maioria dos casos, a síndrome de dependência de BZD ocorre insidiosamente ao longo de anos. Em geral, os pacientes são tratados cronicamente por causa de algum sintoma ansioso ou queixa de insônia. Quando se tenta suspender o BZD, os sintomas de abstinência são interpretados pelos médicos como indício de agravamento do quadro clínico, o que os leva a restituir o medicamento. Nesse intervalo de tempo, o paciente desenvolve tolerância aos efeitos farmacológicos e, conseqüentemente, é necessário aumentar a dose do BZD, perpetuando o processo de dependência. Portanto, o paciente passa a incorporar o medicamento em todas as suas atividades sociais e profissionais, desenvolvendo novas crenças, expectativas e atitudes que reforçam esse círculo vicioso. Quando se constata que o paciente desenvolveu grave dependência e se decide iniciar um esquema de redução gradual do BZD, já é tarde demais em virtude da complexidade do tratamento desse tipo de dependência (HANSON; VENTURELLI, 1995 *apud* LARANJEIRA; CASTRO, 1999).

O conceito de dependência psicológica está diretamente ligado à capacidade de um fármaco de reforçar os comportamentos associados ao seu consumo. Clinicamente, observa-se o comprometimento de repertório de comportamentos associados à busca, aquisição e consumo da droga (descritos pela primeira vez por Edwards em 1977) em sua "Síndrome de Dependência do Álcool".

Dependência fisiológica refere-se a um estado alterado de funcionamento do organismo, em especial do Sistema Nervoso Central (SNC), induzido pelo uso prolongado de um fármaco. O epifenômeno desse estado alterado é o surgimento de sintomas de abstinência, de duração determinada, quando da interrupção do uso da droga, sintomas esses podem ser revertidos pela reintrodução da droga ou pelo uso de outra droga da mesma classe, em fenômeno conhecido como tolerância cruzada (HAEFELY, 1986 *apud* BERNIK, 1999).

## **6 PLANO DE AÇÃO**

### **6.1 Definindo o Problema**

O problema que enfrento na minha UBS é vivenciado em todas, diariamente. O uso indiscriminado de medicamentos controlados sem acompanhamento médico gerou um alto grau de dependência química aos mesmos. Em algum momento conseguiram a primeira receita com profissional médico e mensalmente renovam a receita sem avaliação por consulta. Muitos pacientes se negam a consultar porque sabem que poderão ter as receitas suspensas após a avaliação. Essa resistência dificulta até mesmo a abordagem aos mesmos, porém em consulta, alegam que iniciaram o uso por algum transtorno psicológico e confirmam que por "se darem bem com o medicamento" não retornaram ao médico.

Observei nos prontuários, a falta de informação sobre esses pacientes, motivos pelos quais iniciaram tais tratamentos e ausência de diagnóstico. O excesso de renovações de receitas atrasa o atendimento, sobrecarrega a unidade.

## **6.2 Priorizando O Problema**

Diariamente são atendidos em consulta médica 30 pacientes de consulta marcada três pacientes de demanda espontânea. O maior problema que estamos enfrentando diariamente na UBS, é a demanda excessiva de renovações de receitas de medicamentos controlados no qual não estão sendo acompanhado pelo profissional médico e apresentam notoriamente a dependência química a essas drogas e muitas vezes iatrogenia.

## **6.3 Descrição Do Problema**

Após a eleição de um problema enfrentado diariamente por mim e minha equipe diariamente, chegamos à conclusão que a grande quantidade de pacientes, que fazem uso de medicações controladas como benzodiazepínicos, sem acompanhamento, negam à mudanças no tratamento proposto pelo médico, querendo "forçar" renovações de receitas. Essa prática está congestionando o atendimento diariamente. Em conjunto com minha equipe, debatemos opiniões sobre essa prática que para mim está sendo imposta, e em uma mesa de reuniões surgiram ideias de como poderíamos em conjunto, estimular esses pacientes a se submeterem ao desmame destas drogas e seguirem um tratamento na UBS e com apoio de especialistas através de um sistema de rede.

## **6.4 Selecionando os Nós Críticos**

Mesmo com esses pontos esclarecidos, estamos enfrentando vários problemas para executar nosso plano de estratégia:

- Falta de estrutura física para aportar a realização das reuniões;

- A resistência desses pacientes a novos tratamentos também está sendo um peso. A cultura de que "o vizinho mudou o remédio e ficou pior" é o que mais está dificultando e aumentando a resistência destes;
- A falta de medicação como Fenergan, Zolpiden e outros na farmácia popular, faz com que o novo plano terapêutico sugerido por mim, não seja realizado, porque a maioria da população da área que atendo é de baixo recurso financeiro.

## **6.5 Desenho das Operações**

Segundo Campos; Faria e Santos (2010) a partir do momento que se tem o problema explicado e as causas identificadas, parte-se para próxima etapa, da elaboração do plano de ação que remete às estratégias e soluções para enfrentamento do problema. Para tanto, faz-se necessário descrever as operações para enfrentamento das causas identificadas como "nós críticos", em seguida, identificar os produtos e resultados para cada operação e, por fim, elencar os recursos necessários para a implantação e implementação das operações.

## **6.6 Identificação de Recursos Críticos**

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

## **6.7 Análise de Viabilidade do Plano**

Os objetivos desse passo são: Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação; fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano; desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.





## CONTROLE DE RECURSOS CRÍTICOS

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO / PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTO	RECURSOS	ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	AÇÃO ESTRATÉGICA	RESPONSÁVEL	PRAZO
<i>Falta de estrutura física</i>	Lugar apropriado para reuniões	Diminuir a quantidade de renovações de receitas e aumentar a quantidade de demanda de consultas	Reuniões de esclarecimentos e conscientização	O: mobilizar a comunidade C: atrair a população P: conseguir o espaço físico F: conseguir material áudio visual e didático	*Equipe de profissionais da UBS <u>*Secretaria de saúde</u> *Prefeitura	*Favorável *Indiferente *Favorável	Apresentar projeto	Enfermeira Maria Alba	Até 6 meses
<i>Resistência à mudanças no tratamento pelos pacientes</i>	Informações sobre o problema de saúde, medicamentos e consequências	Conscientização e minimizar a resistência pelos pacientes	Diálogos	O: atrair o público alvo C: criar material informativo P: divulgar a campanha F: divulgar na imprensa	Pacientes	Favorável	Apoio da comunidade e associações de bairro	Dra. Melina	3 meses
<i>Falta de medicação</i>	Oferecer opção de tratamento menos nocivo e acompanhamento médico	Promover prevenção quaternária	Oferecer medicamentos para desmame de controlados e segmento de tratamento.	O: abastecer a farmácia C: obter esclarecimento e apoio do médico P: obter licitações para recursos F: obter recursos para compra de medicamentos	*Setor financeiro <u>*Secretaria de saúde</u>	*indiferente *Indiferente	Apresentar projeto	Enfermeira Maria Alba	até 6 meses

## 6.8 Elaboração do Plano Operativo

O papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano.

**Quadro 2:** Plano Operativo

OPERAÇÃO / PROJETO	AÇÃO ESTRATÉGICA	RECURSOS	RESPONSÁVEL	PRODUTOS	PRAZO
Lugar apropriado para reuniões	Apresentar projeto	O: mobilizar a comunidade  C: atrair a população  P: conseguir o espaço físico  F: conseguir material áudio visual e didático	Enfermeira	Reuniões de esclarecimentos e conscientização	Até 6 meses
Informações sobre o problema de saúde, medicamentos e consequências	Apoio da comunidade e associações de bairro	O: atrair o público alvo  C: criar material informativo  P: divulgar a campanha  F: divulgar na imprensa	médica	Diálogos	3 meses
Oferecer opção de tratamento menos nocivo e acompanhamento médico	Apresentar projeto	O: abastecer a farmácia  C: obter esclarecimento e apoio do médico  P: obter recursos para compra de medicamentos	Enfermeira	Oferecer medicamentos para desmame e segmento de tratamento	6 meses

**Fonte:** Autoria Própria (2016).

## 6.9 Gestão do Plano

Nesta etapa, Campos; Faria e Santos (2010) colocam que “é preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias”. Tal afirmação justifica-se porque não basta um plano de ação bem elaborado com os recursos garantidos, é necessária a utilização eficiente dos recursos, a comunicação efetiva do ator envolvido, ou seja, a gestão contínua do plano de ação.

## 6.10 Projeto “Conscientização e Desmame”

**Descrição:** Reduzir o uso abusivo de BZD e promover conscientização.

**Produtos esperados:**

- Organização no atendimento;
- Usuários conscientizados;
- Grupos de educação em saúde;
- Redução da dependência química.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde deve constituir parte essencial na promoção da saúde, na prevenção de doenças, como também contribuir para o tratamento precoce e eficaz das doenças, minimizando o sofrimento e a incapacidade. A ação educativa na atenção primária estabelece-se a partir de programas determinados verticalmente, ou ligada às ações de promoção da saúde e prevenção da doença junto à comunidade, indivíduos ou grupos sociais, no âmbito das unidades, no domicílio, em outras instituições e nos espaços comunitários.

Ao início do projeto, reunimos toda a equipe e criamos uma estratégia para realizar uma abordagem completa aos pacientes que buscavam com muita frequência a UBS para renovação de receitas de uso contínuo e que se negavam a consulta médica. Esse obstáculo foi vencido, graças ao fato de que a maioria destes, eram idosos com patologias crônicas.

Após a identificação do problema e usuários, conseguimos uma parceria com o serviço do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) juntamente com a psicóloga e psiquiatra, onde levamos todos os casos para serem discutidos e priorizando aqueles que necessitavam continuidade com especialista e oferecer tratamento de qualidade sendo visado:

- ✓ Melhorar a atenção da demanda de atendimento diário;
- ✓ Realizar desmame de tratamentos com psicotrópicos para tratamento já concluído e/ou com evolução e promover saúde a população diminuindo a dependência química farmacológica;
- ✓ Priorizar casos que necessitam atenção especial.

As dificuldades econômicas continuam sendo nosso maior obstáculo. Mas a determinação da equipe em buscar melhorias para o atendimento, faz romper as barreiras e nos deixam mais determinados em executar o plano.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, B. D. A.; MACHADO, K. L. **Benzodiazepínicos: uso crônico e dependência**. 30 Folhas. Monografia (Especialização em Farmacologia) – Centro Universitário Filadélfia – Unifil, Londrina, 2012.
- BERNIK, M. A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. 1.ed. São Paulo: Edusp, 1999. Disponível em <http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007A8.pdf> – Acesso em: 15 Dezembro 2016.
- BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**, Artmed, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo> 02 de dezembro 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_n1\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf) acesso: 22 de dezembro de 2016.
- 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. 114p. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3). Acesso em: 01/01/2017.
- CAPISANO, H. F. Manifestações iatrogênicas: conflitos neuróticos do médico prejudicam o paciente. **Ars Curandi**. 1969; Disponível em <http://www.scielo.br/scielo> - Acesso: 15 de dezembro de 2016.
- CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. **O modelo de atenção à saúde e uso de ansiolíticos entre mulheres. Estudos de Psicologia**, Natal, v.9, n.1, p. 1-3, dez. 2004. Disponível em: <http://scielo.br> - Acesso em: 22 de dezembro de 2016.
- 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.
- CHARNEY, D. S.; MIHIC, S. J.; HARRIS, R. A. Hipnóticos e Sedativos. In: GILMAN, A. G.; HARDMAN, J. G.; LIMBIRD, L. E. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 10. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2003. p. 303- 337. Disponível em <http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007A8.pdf> – Acesso em: 15 de dezembro 2016.
- COELHO, F. M. S. *et al.* Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina**. v. 63, n. 5, p. 196-200, Mai. 2005. Disponível em <http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007A8.pdf> – Acesso 22 de janeiro 2017.
- FIRMINO, K. F. **Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/ prescrição no município de Coronel Fabriciano -MG** – 2006. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.
- FRIEDMAN, L.; FLEMING, N. F.; ROBERTS, D. H.; HYMAN, S. E. **Source Book of Substance Abuse and Addiction**. Baltimore, Maryland, USA. Williams & Wilkins, 1996. – Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos/dependencia-benzodiazepinicos-sindrome-abstinencia> - Acesso em: novembro 2016

GUIDELINE. Guideline for benzodiazepine. **The Royal Australian College of General Practitioners**. Austrália, 2000. Disponível em: <http://racgp.org.au/guidelines> - Acesso em: 28 de novembro 2016.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia Medica**; Elsevier Brasil, 2006; p. 565 – 567.

HANSON, G.; VENTURELLI, P. J. Drugs and Society. 4nd ed. Boston, MA, USA. **Jones and Bartlett Publishers**, 1995. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos/dependencia-benzodiazepinicos-sindrome-abstinencia/dependencia-benzodiazepinicos-sindrome-abstinencia2.shtml> - Acesso: 20 de Janeiro de 2017.

JAMOULLE, M.; GOMES, L. F. Prevenção Quaternária e limites em Medicina. **Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro, 2014 Abr-Jun; p. 186-191.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. IN: BERNIK, M. A. editor. **Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência**. São Paulo (SP): Edusp; 1999, p.187-98.

MOREIRA JR, M. B. **Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas**, 2005. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=3291](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3291) – Acesso em: 20 de Janeiro de 2017.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. **Abuso e dependência dos benzodiazepínicos**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2008.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Quaternary prevention in primary care: a necessity for the Brazilian Unifi ed. National Health System - **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.. 25, n.. 9, p. 2012-2020, set. 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, s. spe, out. 2005 disponível em <http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007A8.pdf> - Acesso em 22 de janeiro 2017.