

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

CLARISSA ARAUJO VASCONCELOS PASTL

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE DE
ATENÇÃO BÁSICA CHÃ DO MIRANDA: PLANO DE INTERVENÇÃO**

Maceió / Alagoas

2015

CLARISSA ARAUJO VASCONCELOS PASTL

USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA CHÃ DO MIRANDA: PLANO DE INTERVENÇÃO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^(a) Vanessa Lara de Araujo

Maceió / Alagoas

2015

CLARISSA ARAUJO VASCONCELOS PASTL

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE DE
ATENÇÃO BÁSICA CHÃ DO MIRANDA: PLANO DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Vanessa Lara de Araújo

Examinador 2: Prof. Flavia Casasanta Marini

Aprovado em Belo Horizonte, em 28 de Dezembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, por tudo que há em minha vida. Agradeço a minha família e amigos que sempre estão ao meu lado, dando apoio e compreendendo os momentos de ausência que a vida acadêmica e profissional exigem.

À minha orientadora Vanessa Lara de Araujo, pela contribuição e paciência.

RESUMO

Este trabalho propõe um projeto de intervenção visando reduzir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos (BZP) na Unidade de Saúde Chã do Miranda, município de Limoeiro de Anadia/Al. A elaboração do plano de intervenção para diminuição do uso de BZP baseou-se no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). O presente estudo também realizou uma revisão bibliográfica sobre o tema por meio da busca de pesquisas nas bases de dados Scielo, Pubmed e Lilacs. O uso inadequado de tais fármacos foi eleito como problema prioritário a ser trabalhado. Foram identificados três principais "nós-críticos" a serem abordados: (1) falta de informação da população sobre o uso prolongado e indevido de BZP; (2) falta de estratégias para incentivar atividades que diminuam as tensões do dia-a-dia e melhorem a qualidade do sono; (3) uso crônico e sem indicações de BZP. Com base nestes "nós-críticos", foram desenvolvidos três projetos de intervenção, todos baseados em campanhas educativas que disponibilizam ferramentas cognitivas para o enfrentamento de angústias por parte da população, evitando assim, o uso indiscriminado e suas consequências, como tolerância, abuso, abstinência.

PALAVRAS-CHAVE: benzodiazepínicos; uso indiscriminado; políticas de prevenção.

ABSTRACT

This paper proposes an intervention project aimed at reducing the indiscriminate use of benzodiazepine (BZP) in the health-care center in the city Limoeiro de Anadia, Alagoas, Brazil. The preparation of the action plan for reducing the use of BZP was based on the method of Situational Strategic Planning (SSP). This study also conducted a literature review on the topic through the pursuit of research in databases Scielo, Pubmed and Lilacs. Improper use of such drugs was elected as a priority issue. Three major critical points were identified to be addressed: (1) lack of public information about the prolonged and improper use of BZP; (2) lack of strategies to encourage activities that reduce the stresses of daily life and improve sleep quality; (3) chronic use of BZP without proper indication. Based on these critical points three intervention projects were developed. These projects were based on educational campaigns that provide cognitive tools to face sufferings, and to avoid the indiscriminate use of BZP and its consequences, such as tolerance, abuse, abstinence.

KEYWORDS: benzodiazepines; indiscriminate use; prevention policies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Reconhecimento do município, comunidade e unidade de saúde	7
1.2 Explicação do problema	8
1.3 Seleção dos “nós críticos”	9
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVO	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	16
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

1.1 Reconhecimento do município, comunidade e unidade de saúde

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Chã do Miranda localiza-se no município de Limoeiro de Anadia/Alagoas, distando aproximadamente 117 km da capital, Maceió, no sentido litoral sul no interior do município. Esse município está situado na mesorregião do Agreste e na microrregião de Arapiraca e limita-se ao norte com os municípios de Coité do Nóia e Taquarana, ao sul com o município de Junqueiro, a leste com o município de Anadia, a oeste com o município de Arapiraca, e a sudeste com o município de Campo Alegre.

O município de Limoeiro de Anadia possui uma população de 28.244 pessoas; seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,580 (PNUD, 2010). O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDH entre 0,5 e 0,599) (PNUD, 2010).

A população encontra-se em sua maioria (91,68%) em zona rural, sua principal atividade econômica se dá no setor de produção agropecuária (IBGE, 2010). A atividade agrícola do município de Limoeiro de Anadia consiste no cultivo de: abacaxi, algodão herbáceo, batata-doce, cana-de-açúcar, coco-da-baía, feijão, fumo, mamão, mandioca, manga e milho (IBGE, 2010).

O Índice de desenvolvimento da educação básica no Brasil das escolas da rede pública de Limoeiro de Anadia, em 2013, foi de 3,9 para alunos do 4º e 5º ano e de 4,1 para alunos do 8º e 9º ano do ensino fundamental (Ministério da Educação, IDEB).

O número de indivíduos alfabetizados no município é de aproximadamente 11.483 (IBGE, censo 2010).

A UBS Chã do Miranda está situada no sítio Chã do Miranda, S/N, Limoeiro de Anadia – AL. Fazem parte da equipe: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de serviços gerais. Todos seguindo como horário de trabalho, o horário de funcionamento da UBS, ou seja, das 8h às 16h, sendo 1h reservada para o almoço dos profissionais.

A população adstrita ao território é formada por 1607 pessoas e, possui aproximadamente 400 famílias. O número de pessoas de 15 anos ou mais é de 1031, o número de crianças menores de 2 anos é 40, e o número de mulheres de

10 a 59 anos é 593. O número de hipertensos é 112 e de diabéticos é 33. Além disso, o número de usuários que fazem uso de benzodiazepínico (BZP) é de 45 (32 mulheres e 13 homens), sendo que 25 têm mais de 50 anos.

Na UBS Chã do Miranda são vivenciados diariamente diversos problemas, como: uso excessivo de medicações psicotrópicas, uso indevido de antibióticos pela população devido à facilidade de adquirir em algumas farmácias que não exigem receituário médico, estrutura de saneamento básico precária na comunidade, o que pode levar a algum agravo/doença, entre outros. Porém, um problema prioritário identificado pela equipe é o uso indiscriminado de ansiolíticos, em especial os pertencentes à classe dos BZP.

1.2 Explicação do problema

De modo geral, o uso de BZP encontra-se elevado na UBS Chã do Miranda. Muitos dos pacientes iniciaram o uso devido a um quadro de ansiedade e dificuldade para dormir, mas, não há orientação por parte dos profissionais acerca do tempo de tratamento e, como consequência, os usuários de BZP utilizam tais fármacos rotineiramente, de forma crônica. Um fator contribuinte é o fato da população ter o paradigma da medicalização de seus problemas. Há na cultura da população a necessidade de fazer uso constante de medicações.

Na UBS Chã do Miranda, há o "costume" de renovação de receitas de BZP. Pacientes que iniciaram tratamento no centro de atendimento psico-social (CAPS), anexam a receita no prontuário e há a renovação das prescrições por anos. Muitas vezes, o paciente não retorna ao serviço especializado para controle e nova avaliação.

Vários fatores contribuem para a não resolução do problema do uso de BZP, como: (1) falta de orientação por parte do profissional que introduziu a medicação, não informando ao paciente a duração do tratamento; (2) facilidade de dispensação por farmacêuticos, que muitas vezes não exigem receita; (3) falta de informação por parte da população em geral, sobre os riscos que o uso abusivo pode acarretar. Assim, a população deve ser orientada sobre a importância de não iniciar o uso de BZP sem indicação precisa. Além disso, há a necessidade do desenvolvimento por

parte dos usuários de estratégias para o enfrentamento de suas angústias e anseios, sem recorrer constantemente à medicalização.

1.3 Seleção dos “nós críticos”

Após a descrição e explicação pertinentes ao problema prioritário é relevante identificar os "nós críticos" do problema escolhido. São eles:

- Falta de informação da população sobre o uso prolongado e indevido de BZP;
- Falta de estratégias para incentivar atividades que diminuam a tensão e melhorem a qualidade do sono;
- Uso crônico e sem indicação de BZP.

2 JUSTIFICATIVA

Os BZP podem ser indicados no controle das crises de abstinência em etilistas e, no controle de crises convulsivas. Além disso, são indicados como adjuvante em alguns transtornos de humor e de ansiedade. São fármacos que atuam sobre a tensão e ansiedade, sendo por isso chamados de ansiolíticos (CARLINI *et al.*, 2001).

A insônia é caracterizada pela dificuldade que o indivíduo possui em iniciar ou manter o sono reparador, sendo uma queixa prevalente na população mais idosa e do sexo feminino (COELHO *et al.*, 2006). Há forte associação entre insônia e transtornos de ansiedade e depressão. Assim, a não resolução de causas clínicas ou psiquiátricas de base pode acarretar na perpetuação da insônia e consequentemente no uso crônico de BZP (COELHO *et al.*, 2006).

Nesse sentido, causas secundárias de insônia devem sempre ser investigadas diante de pacientes com tal queixa, sendo que medidas não medicamentosas são prioritárias (APA,1990; RIFKIN,1990; MCCALL, 2005).

O uso de BZP deve ser monitorizado, sempre respeitando as individualidades e comorbidades dos pacientes (APA, 1990; RIFKIN,1990; MCCALL, 2005).

O aumento das doses deve ser realizado gradativamente com acompanhamento regular a fim de garantir maior segurança ao paciente (APA,1990; RIFKIN,1990; MCCALL, 2005). É importante ressaltar que, na população idosa, a prescrição de BZP deve ser feita com cautela (APA,1990; RIFKIN,1990; MCCALL, 2005).

Na UBS Chã do Miranda podemos observar que em grande parte da população, principalmente no grupo etário de idosos, há o uso crônico e sem acompanhamento desta classe de fármacos. Muitos indivíduos quando questionados sobre o motivo que os levou a iniciar o uso dessas medicações referem-se a problemas como insônia, tristeza e ansiedade. A grande maioria, já utiliza a medicação há anos, e não faz acompanhamento periódico com psiquiatra. Vale destacar que poucos pacientes aceitam a proposta de desmame da medicação, sendo pouco receptivos à ideia de retirar a medicação.

Outro ponto que chama bastante atenção é o grande número de pessoas que vêm à consulta demonstrando interesse em iniciar tratamento com BZP. Em aproximadamente 5% dos atendimentos é observado o interesse em utilizar a

medicação. Nas conversas com os pacientes, eles demonstram pouco conhecimento sobre os efeitos adversos dos fármacos, mas demonstram interesse em utilizar BZP, porque muitos vizinhos e parentes fazem uso. Nota-se, assim, que há banalização sobre os perigos que o uso sem cautela do medicamento pode acarretar.

Diante desse contexto, faz-se necessário a realização de uma intervenção para melhor esclarecimento da população sobre o uso indiscriminado e banalizado de BZP, a fim de reduzir o uso abusivo de tais fármacos.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de intervenção visando a redução do uso de BZP e maior esclarecimento da população sobre os riscos que o uso prolongado dessa medicação acarreta.

3.2 Objetivos específicos

- Aumentar o conhecimento da população geral sobre BZP, evitando que pessoas sem indicação iniciem o uso.
- Aumentar o número de atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos como insônia, ansiedade e depressão.
- Diminuir o uso crônico de BZP, assim como realizar "desmame" em pacientes que não têm indicação de continuar o tratamento com tais fármacos.

4 METODOLOGIA

A elaboração do plano de intervenção para diminuição do uso de BZP na comunidade Chã do Miranda baseou-se no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos do Módulo de “Planejamento e avaliação das ações em saúde” (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). Nesse método, foi realizada a sistematização da análise situacional, identificando os principais problemas e selecionando o problema prioritário. Além disso, as causas mais importantes do problema prioritário (“nós críticos”) foram identificadas e as soluções e estratégias para enfrentamento do problema foram traçadas. A eleição do problema prioritário foi feito pela equipe que se baseou em seu trabalho diário com a população.

O presente estudo também realizou uma revisão bibliográfica sobre o tema por meio da busca de pesquisas nas bases de dados Scielo, Pubmed e Lilacs. As buscas foram feitas sem limites de datas e os seguintes descritores foram utilizados: *benzodiazepínicos, transtornos relacionados ao uso de substâncias, prevenção de doenças*. Foram selecionados os artigos de acordo com o conteúdo encontrado em seus resumos, e, posteriormente, foi realizada a leitura e análise do conteúdo para compor os elementos textuais do trabalho.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O homem, desde a sua mais remota história, utiliza substâncias com a finalidade de alterar seu nível de consciência, causar alterações físicas ou mentais prazerosas, como tabaco, etanol, cafeína, etc (CHAVES *et al.*; 2009). O uso excessivo de BZP ganha destaque, uma vez que estão entre as medicações mais prescritas do mundo (AUCHEWSKI *et al.*, 2004; BRETT E MURNION, 2015).

Os BZP's 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. As drogas hipnóticas e ansiolíticas são bastante utilizadas, sendo superadas em prescrições médicas para medicamentos utilizados em doenças cardiovasculares (AUCHEWSKI *et al.*, 2004).

Foi na década de 60 do século passado, que drogas ansiolíticas passaram a ser efetivamente utilizadas (SOUZA *et al.*, 2013). As primeiras substâncias utilizadas como ansiolíticas e hipnóticas foram: bromida, hidrato de cloral, paraldeído e do sulfonal (SOUZA *et al.*, 2013). O desenvolvimento de novas tecnologias ocasionou a disseminação de seu uso, já que possibilitou o surgimento de drogas com menor toxicidade e menos efeitos colaterais (TELLES FILHO *et al.*, 2011).

Após o início da era dos BZP, com o clordiazepoxico em 1957, foram relatados casos de síndrome de abstinência, desenvolvimento de tolerância, uso abusivo e dependência pelos usuários crônicos (OLIVIER, FITZ, BABIAK, 1998).

Cerca de 15% de toda a população norte-americana já recebeu pelo menos uma prescrição de BZP e estima-se que entre 1% e 3% de toda a população ocidental já tenha consumido BZP regularmente por mais de um ano (HUF, LOPES, ROZENFELD, 2000). É estimado que 50 milhões de pessoas façam uso diário de BZP, e tais fármacos são responsáveis por metade das prescrições de psicotrópicos (NASTASY, RIBEIRO e MARQUES, 2008). Acredita-se que os principais fatores para o uso crescente de tais fármacos sejam: aumento de estresse, introdução profusa de novas drogas, a pressão exercida pela indústria farmacêutica, ou, ainda, prescrição inadequada por profissionais médicos e fácil dispensação por parte de farmacêuticos (HUF, LOPES, ROZENFELD, 2000). A maior parte das prescrições de

BZP é feita para mulheres e idosos com insônia ou com queixas físicas crônicas (HUF, LOPES, ROZENFELD, 2000; ALVARENGA *et al.*, 2014).

Efeitos indesejados como tolerância, dependência e abstinência podem ocorrer se o uso de BZP for superior a quatro meses (TELLES FILHO *et al.*, 2011). Podem causar alterações de comportamento, trazendo conseqüentemente transtornos pessoais e sociais graves (CARVALHO, DIMENSTEIN, 2004). Um grande estudo realizado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) concluiu que a idade avançada associada ao uso de BZP superior a quatro meses são fatores de risco para aumento de toxicidade, déficit cognitivo, e dependência (HUF, LOPES, ROZENFELD, 2000).

O uso de ansiolítico e hipnóticos, BZP ou não, foi disseminado nas últimas décadas por aumento dos distúrbios de humor e ansiedade, fácil posologia, maior segurança, dependência, dentre outros (TELLES FILHO *et al.*, 2011). Nos idosos, o uso crônico de BZP é comum, sendo utilizado para lidar com problemas da vida na velhice ou para reduzir o nervosismo (ALVARENGA *et al.*, 2014).

Os BZP possuem indicações precisas, mas diante da falta de informações e a baixa percepção das conseqüências deletérias do uso indevido de BZP, seja por parte tanto dos profissionais de saúde, quanto dos usuários, está havendo na atualidade um grande problema de saúde pública com graves conseqüências para o sistema de saúde e a coletividade. Embora o uso de BZP possa reduzir o nervosismo, ele pode tamponar o sofrimento da pessoa e impedir que ela enfrente e solucione o problema real (ALVARENGA *et al.*, 2014).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A educação em saúde é uma ferramenta indispensável para a conscientização das pessoas sobre seus problemas de saúde, sejam eles pessoais, profissionais ou sociais (ALBIERO *et al.*2005). Sendo assim, é imperativo que a população, por meio de sua própria ação, desenvolva os conhecimentos adquiridos em prol da preservação de sua saúde.

Dessa forma, diante do uso excessivo e indiscriminado de BZP na UBS Chã do Miranda, propomos a seguir três projetos de intervenção desenvolvidos a partir dos seguintes "nós críticos" eleitos pela equipe de saúde da referida unidade: (1) falta de informação da população sobre o uso prolongado e indevido que os BZP acarretam (Quadro 1); (2) falta de estratégias para incentivar atividades que diminuam a tensão e melhorem a qualidade do sono(Quadro 2); e (3) uso crônico de BZP (Quadro 3). O pilar de tais projetos constitui-se de campanhas educativas que visam fornecer recursos cognitivos à população para que a mesma diminua a recorrência da medicalização.

Quadro 1- Projeto de intervenção para o nó crítico 1

Nó crítico 1	Falta de informação da população sobre os riscos que o uso prolongado e indevido de BZP acarreta.
Operação	Promover práticas educativas informando a população sobre os riscos do uso indevido de BZP.
Projeto	"Saber mais"
Resultados esperados	População dispor de recursos cognitivos para aceitar/interagir/questionar o tratamento com BZP. Diminuir o número de usuários de BZP.
Produto esperado	Promover acesso à informação e população mais consciente sobre tais fármacos.
Recursos necessários	Estrutural: Espaço físico da UBS Cognitivo: Conhecimento da Equipe de Saúde sobre o tema (reciclagem, reuniões com toda a equipe de Saúde, leitura de livros e reportagens sobre o assunto, panfletos

	<p>educativos, palestras com médico e enfermeiro).</p> <p>Financeiro: Apoio da secretária de saúde para os recursos audiovisuais e impressão de panfletos.</p> <p>Político: Articulação com outros setores: educação, ação social.</p>
Recursos críticos	Espaço físico da UBS e conhecimento da Equipe de Saúde sobre o tema.
Controle de recursos críticos	<p>Ator que controla: médico e enfermeiro.</p> <p>Motivação: Favorável.</p>
Ações estratégicas e responsáveis	<p>Agendamento da população usuária de BZP pelos agentes de saúde (população alvo) e explicações prévias e distribuição de panfletos: Agentes comunitários de saúde.</p> <p>Palestras e sala de espera: Médica e enfermeira.</p> <p>Grupo de estudos e reunião de equipe: toda a ESF.</p> <p>Panfleto a ser elaborado pela Equipe de Saúde.</p>
Cronograma	<p>Reuniões com a equipe para estudo sobre BZP e estruturar plano de intervenção: 1 mês.</p> <p>Formação de parcerias com NASF e Secretaria de Saúde e obtenção de recursos: 1 mês.</p> <p>Rastreio dos pacientes usuários de BZP (seleção feita através dos prontuários- capa dos mesmos há indicação da medicação que usuário faz uso): 2 meses.</p> <p>Agendamento das palestras: 1 mês.</p> <p>Palestras e ações educativas: 5 meses (2 meses: População usuária de BZP/ 3 meses população geral).</p>
Gestão/acompanhamento/avaliação	<p>Por meio do número de pessoas que realizaram desmame de BZP e por meio da diminuição de prescrição de tais fármacos sem indicação precisa. Realização ficha de acompanhamento dos pacientes que aceitaram realizar desmame da medicação - médica.</p>

Quadro 2- Projeto de intervenção para o nó crítico 2

Nó crítico 2	Falta de estratégias para incentivar atividades que diminuam a tensão e melhoram a qualidade do sono.
Operação	Orientar a população sobre a prática de atividades que diminuam a ansiedade e as tensões do cotidiano. Orientar ações que melhorem a qualidade do sono.
Projeto	"Viver melhor"
Resultados esperados	Aliviar as tensões do dia-a-dia, reduzindo a necessidade de socorrer-se à medicações ansiolíticas e indutoras do sono. Adoção por parte da população de atividades, como: caminhadas coletivas, grupos de leitura, pintura.
Produto esperado	Aprimoramento de conhecimentos sobre atividades que causem bem-estar.
Recursos necessários	Estrutural: Espaço físico da UBS, ginásio poliesportivo, associação de moradores. Cognitivo: Conhecimento da Equipe de Saúde sobre o tema (reciclagem, reuniões com toda a equipe de saúde, leitura de livros e reportagens sobre o assunto, panfletos educativos, palestras com médico e enfermeiro, educadores físico, psicólogo). Financeiro: Apoio da secretária de saúde para os recursos audiovisuais. Político: Articulação com outros setores (esporte e cultura), a fim de propor ações conjuntas, como: atividades que promovam esportes, cultura...
Recursos críticos	Espaço físico da unidade.
Controle de recursos críticos	Ator que controla: Toda a equipe (ESF) Motivação: Favorável.
Ações estratégicas e responsáveis	Convocação para a população assistir às palestras : Agentes comunitários de saúde. Palestras e sala de espera: Médica, enfermeira, educador físico, psicólogo. Grupo de estudos e reunião de equipe: toda a ESF.

Cronograma	<p>Reuniões com a equipe para estudo sobre lazer, importância de hábitos de vida saudável, atividades que podem aliviar o estresse do cotidiano e estruturar o plano de intervenção: 1 mês.</p> <p>Formação de parcerias com outros setores (esporte e cultura) e obtenção de recursos: 1 mês.</p> <p>Agendamento das palestras: 1 mês.</p> <p>Palestras e ações educativas: 5 meses (2 meses: população usuária de BZP/ 3 meses população geral).</p>
Gestão/acompanhamento/avaliação	<p>Por meio do número de pessoas que realizaram desmame de BZP e por meio da diminuição de prescrição de tais fármacos sem indicação precisa. Realização de ficha de acompanhamento dos pacientes que aceitaram realizar desmame da medicação - médica.</p>

Quadro 3 - Projeto de intervenção para o nó crítico 3

Nó crítico 3	Uso crônico de BZP.
Operação	Realizar o "desmame" gradual dos usuários de BZP.
Projeto	"Vivendo sem BZP"
Resultados esperados	Diminuir a quantidade de BZP utilizados e promover o desmame paulatino de tais fármacos, favorecendo o fim da dependência química e psicológica.
Produto esperado	Redução de dependentes e dos efeitos adversos do uso prolongado de tais fármacos.
Atores sociais/responsabilidades	População adstrita, equipe PSF, psicólogos.

Recursos necessários	Estrutural: Espaço físico da Unidade de Saúde. Cognitivo: Estudo por parte do profissional médico da melhor estratégia para facilitar a retirada de BZP. Político: Adesão dos psicólogos.
Recurso crítico	Espaço físico da unidade.
Controle de recursos críticos	Ator que controla: Médico. Motivação: favorável.
Ações estratégicas e responsáveis	Convocação dos usuários que utilizam a medicação cronicamente: agentes de saúde (estes irão marcar consultas para os pacientes que utilizam BZP, informando sobre a ação que será desenvolvida). Apoio psicológico: psicólogos. Consultas para redução de dose e retirada paulatina dos BZP: médica.
Cronograma/prazo	Reuniões com a equipe para estruturar o plano de intervenção e a elaboração das fichas dos usuários de BZP, indicação e tempo que utilizam: 2 meses. Início do desmame: Após os 5 meses destinados às palestras educadoras para abordar os nós críticos 1 e 2. Tempo realizado para desmame de cada usuário: 6 meses.
Gestão/acompanhamento/avaliação	Gestão do projeto será feito pela médica, por meio das consultas e redução das doses. O acompanhamento será realizado por todos os membros da equipe e dos psicólogos. Os agentes de saúde serão responsáveis pela marcação mensal das consultas e os psicólogos farão acompanhamento daqueles com maior dificuldade. A avaliação final será feita através das fichas de acompanhamento individual, que no final do processo indicará quais pacientes conseguiram deixar os BZP ou ao menos reduzir a dose.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da prática clínica na comunidade Chã do Miranda, no município de Limoeiro de Anadia-Al, pode-se observar que há a utilização indiscriminada de BZP. Tal situação pode ser atribuída, de uma forma geral, à falta de informação da população sobre os riscos que o uso prolongado e indevido de tais fármacos podem acarretar. Há, ainda, a cultura institucionalizada presente na comunidade da "medicalização" dos problemas, em que a população tem a necessidade de fazer uso crônico de medicações. Dessa forma, os usuários de BZP já sofrem com os efeitos adversos do uso crônico e indiscriminado tais como: tolerância, dependência, abuso, entre outros. Logo, diante da magnitude de tal problema, torna-se necessário um plano de intervenção como o exposto acima, baseado primordialmente em campanhas educativas que forneçam informações à população sobre o risco de tais fármacos. Além disso, o projeto de intervenção objetiva, ajudar os usuários de BZP no enfrentamento de suas angústias e anseios, evitando a recorrência constante da medicalização e as consequências associadas a elas.

REFERÊNCIAS

ALBIERO, F.G.; BISS, P.C.; BORGES, M.F.; DECKER, D.; LAUER, M.R.; PFAU, L.; SCHLÜTER, K.G. Utilização frequente de ansiolíticos e antidepressivos, no PSF João Maria em Blumenau: O combate pela fisioterapia preventiva. **Revista de fisioterapia da FURB**. Blumenau, v.2, n.1, p. 1-16, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: set .2015.

ALVARENGA, J.M.; LOYOLA F.A.I.; FIRMO J.O.A, LIMA C.M.F.F.; UCHOA, E. Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.6, p.866-872, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: set. 2015.

APA (American psychiatric Association) Task Force on Benzodiazepine Dependence. Benzodiazepine and dependence, toxicity, and abuse. Washington DC: American Psychiatric Press, 1990.

AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.26, n.1, p.24-31, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde – **Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB**. Acesso em: 11 de junho 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabfAL.def>>.

BRETT, J.; MURNION, B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. **Australian Prescriber**, v.38, n.5, p.152-155, 2015. Disponível em: <<http://www.australianprescriber.com/magazine/38/6/issue/212.pdf>>. Acesso: Jan. 2016.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARLINI, E.A. *et al.* Drogas psicotrópicas: O que são e como agem. **Revista Imesc**, v.3, p.9-35, 2001.

CARVALHO, L.F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre as mulheres. **Estudos de psicologia**, Natal, v.9, n.1, p.1-3, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: set .2015.

CHAVES,R.G.*et al.* Automedicação em nutrizes e sua influência sobre a duração do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v.85, n.2, p.129-134, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: set .2015.

COELHO, F.M.S. *et al.* Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v.63, n.5, p.196-200, 2006.

COLLI, A. S.; PETRONE, A. E. R.; ALVES, M. S. Vacinação de adolescentes em atendimento ambulatorial. **Pediatria**, v. 6, n. 4/6, p. 189-91, 1984.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

HUF, G. *et al.* O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 351-362, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 jul. 2015.

MC CALL WV. **Diagnosis and management of insomnia in older people**. J Am Geriatr soc, v.53, n.7, p.7-207, 2005.

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

OLIVIER, H.; FITIZ, Gerald, MJ.; BABIAK,B. **Benzodiazepines revised**. J La state Med Soc, v.150, n.10, p.5-483, 1998.

RIFKIN A. **Benzodiazepines for anxiety disorders**. Postgrad MeD, v.87, p.19-209, 1990.

SOUZA, ARL. *et al.* Contextos e padrões do uso indevido de Benzodiazepínicos entre mulheres. **Cience**. Saúde coletiva, v.18, n.4, p.1131-1140, 2013.

TELLES FILHO, P.C.P. *et al.* **Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem**. Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.581-586, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: set .2015.