

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

ISABELA CRUVINEL MELO FRANCO CASTRO

**INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS
NA POPULAÇÃO IDOSA DA USF AMOREIRAS DO MUNICÍPIO DE
PARACATU**

UNAÍ / MG
2015

ISABELA CRUVINEL MELO FRANCO CASTRO

**INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS
NA POPULAÇÃO IDOSA DA USF AMOREIRAS DO MUNICÍPIO DE
PARACATU**

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

Orientador: Prof. Pollyana Pagliaro

UNAÍ / MG
2015

ISABELA CRUVINEL MELO FRANCO CASTRO

**INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS
NA POPULAÇÃO IDOSA DA USF AMOREIRAS DO MUNICÍPIO DE
PARACATU**

Banca examinadora:

Examinador 1: Prof. Pollyana Pagliaro Borges Soares

Examinador 2: Prof.

Aprovado em Belo Horizonte, em de , de 2015.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os benzodiazepínicos são medicamentos comumente usados por pacientes de diferenciadas faixas etárias. O uso indiscriminado e excessivo desses fármacos pode expor os pacientes a efeitos adversos desnecessários e interações medicamentosas perigosas sendo que os idosos são os indivíduos que mais consomem esse tipo de medicação e são particularmente vulneráveis aos efeitos adversos. **JUSTIFICATIVA:** O tema foi abordado devido ao uso crônico de benzodiazepínicos por idosos na área de trabalho da autora desta pesquisa, sendo que grande parte dos pacientes usuários não recebem orientações adequadas sobre o medicamento. **OBJETIVO:** Propor intervenção para reduzir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos por idosos. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa caracterizada como revisão de literatura e pesquisa de campo. Os dados coletados em campo foram obtidos junto à USF do bairro Amoreiras II e ao banco de dados do Sistema de Informações de saúde Pública a partir dos quais se elaborou as ações consideradas adequadas ao diagnóstico. As bases de dados selecionadas são compostas por pesquisas publicadas pelo PubMed, Scielo, Bireme e google acadêmico. **RESULTADOS:** De acordo com o diagnóstico realizado apresenta-se o Plano de Ação coerente aos objetivos propostos. **CONCLUSÃO:** A revisão de literatura apresentada comprova que o uso dos medicamentos do tipo benzodiazepínicos por idosos, apresenta mais prejuízos do que benefícios. Através do diagnóstico constatou-se que um Plano de Intervenção constitui um recurso necessário e viável para a redução e conscientização dos idosos do PSF em estudo quanto ao uso das medicações.

Palavras-chave: dependência, idosos, benzodiazepínicos, efeitos adversos, geriatria, terceira idade.

ABSTRACT

INTRODUCTION: benzodiazepines are medications commonly used by patients of different age groups. The excessive and indiscriminate use of these drugs may expose patients to unnecessary side effects and dangerous drug interactions and the elderly are individuals who consume this type of medication and are particularly vulnerable to the adverse effects. **RATIONALE:** the subject was approached by due to chronic use of benzodiazepines for elderly on the desktop of the author of the research well presented, being that most patients do not receive appropriate guidance users about the medicine. **PURPOSE:** to propose intervention to reduce the indiscriminate use of benzodiazepines for seniors. **METHODOLOGY:** This research characterized as literature review and field research. The data collected in the field were obtained by the PSF of the Amoreiras neighbourhood II and to the database of the Public health information system from which elaborated the actions considered appropriate to the diagnosis. Selected databases are comprised of research published by PubMed, Scielo, Bireme and google scholar. **RESULTS:** according to the diagnosis presents the coherent plan of action to the proposed objectives. **CONCLUSION:** the literature review presented proves that the use of Benzodiazepine type drugs for seniors, presents more harm than good. Through the diagnosis it was noted that a contingency plan is a necessary and viable resource for reduction and awareness of the elderly of the PSF in study about the use of medications.

Keywords: addiction, elderly, benzodiazepines, adverse effects, geriatrics, third age.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

BDZ Benzodiazepínico
BR Indicativo de rodovia federal
CAPS Centro de Apoio Psicossocial
GESTÃO Sistema de Gestão Saúde em Rede
GO Goiás
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH Índice de Desenvolvimento Humano
MG Minas Gerais
ONU Organização das Nações Unidas
PNI Política Nacional do Idoso
PSF Programa Saúde da Família
SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica
SNC Sistema Nervoso Central
UBS Unidade Básica de Saúde
USF Unidade de Saúde da Família
hab habitantes
km² quilômetro quadrado
hab/km² habitantes por quilômetro quadrado
% por cento

LISTA DE FIGURAS

Área de abrangência – USF Amoreiras

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Aspectos demográficos da população local.	12
Tabela 2: Situação sanitária da área de abrangência – Material utilizado na construção das habitações.	27
Tabela 3: Situação sanitária da área de abrangência – Fonte de captação de água.	28
Tabela 4: Situação sanitária da área de abrangência – Formas de tratamento de água consumida.	28
Tabela 5: Situação sanitária da área de abrangência – Sistema de esgoto.	28
Tabela 6: Situação sanitária da área de abrangência – Coleta de lixo	28
Tabela 7: Situação sanitária da área de abrangência – Fornecimento de energia elétrica	28
Tabela 8: Principais problemas da área de abrangência	29
Tabela 9: Principais doenças da área de abrangência	29

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema “disponibilidade de apenas um profissional da área da Psicologia e Psiquiatria para abranger todo o município”. 31
- Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema “falta de informação e baixa percepção por usuários, médicos e farmacêuticos, acerca das consequências deletérias do uso indevido de benzodiazepínicos”. 32
- Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema “acomodação da população em usar as medicações sem avaliação psicológica”. 33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivos específicos	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
5.1 Benzodiazepínicos	17
5.2 Efeitos Adversos	19
5.3 Envelhecimento Humano	20
5.4 Uso de benzodiazepínicos em idosos	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	26
6.1 Diagnóstico	26
6.2 Ações propostas	30
7 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

Paracatu, município localizado na mesorregião Noroeste do Estado de Minas Gerais, dista 514 km da capital mineira, Belo Horizonte e 234 km da capital brasileira, Brasília-DF. Atualmente é administrado pelo prefeito Olavo Remígio Condé e vice-prefeito Dr. José Altino Silva. O Secretário de Saúde é o Senhor Aprígio Silva de Oliveira, a Coordenadora da Atenção Básica é a Senhora Adriana Vilela Cunha e o Coordenador da Atenção a Saúde Bucal, o Senhor Paulo Emilio. A população estimada é de 89.530 habitantes (IBGE, 2012).

O nome do município de Paracatu é originário do tupi-guarani e significa "Rio Bom". O rio Paracatu é o mais importante do município e também o mais caudaloso afluente do rio São Francisco.

Paracatu é entrecortado por duas rodovias importantes: BR-040 e MG-188, além da GO-020, que fazem a ligação do município com outras partes do país, como também com outros centros importantes do Estado. A cidade de Paracatu conta com duas rodoviárias: uma no bairro Bela Vista, onde operam diariamente partidas e chegadas para Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Goiânia, Patos de Minas, Araguari, Uberlândia, Uberaba, Unaí, Patrocínio, Vazante, Campinas, Juiz de Fora, Ribeirão Preto, Cristalina, Guarda Mor, João Pinheiro, dentre outras; e outra, na Vila Alvorada, saída para Belo Horizonte, na BR-040, onde os destinos são: Rio de Janeiro, Ubá, São João Del Rey, Vitória, Ouro Preto, Ilhéus, Goiânia, Caratinga, Diamantina, Montes Claros, Januária, Porto Seguro. A empresa Expresso Planalto fornece o serviço de transporte público no município, com linhas que ligam todo o perímetro urbano e também outros distritos da cidade como São Sebastião, Lagoa de Santa Rita e São Domingos (WIKIPEDIA, 2014).

A cidade recebe cada vez mais estudantes de toda a região para cursar o nível superior em instituições como a Faculdade do Noroeste de Minas, Tecsoma, Faculdade Atenas, Unimontes (*campus* Paracatu) e, mais recentemente, o Instituto Federal do Triângulo Mineiro (*campus* Paracatu). No município há 39 escolas de ensino fundamental, 31 instituições de pré-escola, 16 creches municipais e dez escolas de ensino médio (WIKIPEDIA, 2014).

A cidade se mantém como polo irradiador de cultura, de tecnologia e de desenvolvimento dentro da região Noroeste de Minas Gerais e se orgulha de sua gente hospitaleira, laboriosa e da sua tradição artística e cultural.

O município conta hoje com uma agricultura altamente tecnificada, implantada em larga escala, com pecuária intensiva e extensiva, uma exploração mineral das mais modernas do mundo, convivendo com uma exploração agrícola rudimentar de subsistência. No campo

da mineração o antigo método do garimpo foi interdito décadas atrás (WIKIPEDIA, 2014).

Paracatu possui uma área territorial de 8.229,595 km², densidade de 10,88 hab./ km², altitude 688 m, clima equatorial. Existem 28.928 domicílios compostos por famílias urbanas e famílias rurais.

Nos aspectos socioeconômicos se tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,744; taxa de urbanização de 87.1%; renda domiciliar per capita de 632,71 reais. Em relação ao abastecimento de água, 97% é realizado pela rede pública/geral de abastecimento de água, 2,8% com abastecimento de água por poço/nascente, 0,2% com outras formas de abastecimento de água como carro-pipa, bica de fonte pública. 85,1% possui sistema de esgoto, 14,9% com esgoto por fossa ou a céu aberto.

A economia de Paracatu é baseada principalmente nas atividades de mineração – está localizada no Município a maior mina de ouro a céu aberto do mundo -, na agricultura altamente tecnificada e na pecuária, onde ostenta uma expressiva posição em relação à produção do país (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU, 2014).

Em relação aos aspectos demográficos, apresenta-se a seguinte Tabela 1:

Tabela 1: Aspectos demográficos da população local.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Menor que 1	805	771	1576
1 a 4	3267	3118	6385
5 a 9	4102	3896	7998
10 a 14	4021	3896	7917
15 a 19	4153	4004	8157
20 a 29	7973	7589	15562
30 a 39	6039	6243	12282
40 a 49	5103	4999	10102
50 a 59	3448	3194	6642
60 a 69	1912	1891	3803
70 a 79	989	1126	2115
80 e mais	428	590	1018
Ignorada	-	-	-
Total	42240	41317	83557

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas. 2012.

A densidade demográfica de Paracatu é de 47,71 hab/km². Taxa de população

alfabetizada corresponde a 92,85% de acordo com dados de 2010 e a porcentagem de crianças de 7 a 14 anos na escola é de 76,53% de acordo com dados de 2013. O índice de pobreza em Paracatu é de 40,05%, sendo o limite inferior de incidência de pobreza é de 30,52% e o limite superior de 49,58%. Em 2011, o índice de desenvolvimento da Educação Básica foi de 4,3% (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU, 2014).

A Unidade Básica de Saúde Amoreiras, localiza-se no bairro Amoreiras II, Rua Tório, número 212, centro na área de abrangência, na cidade de Paracatu com funcionamento de segunda a sexta de 07:00 h às 11:00 h e 13:00 h às 17:00 h.

Levantado os problemas através do diagnóstico situacional da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde destaca-se o uso indiscriminado de benzodiazepínicos por idosos. Há uma demanda significativa de idosos que fazem uso crônico dessa classe medicamentosa, sendo assim observamos a necessidade de construir um plano de ação.

A relevância deste tema se fundamenta no fato de que o uso indiscriminado e excessivo desses fármacos pode expor os pacientes a efeitos adversos desnecessários e interações medicamentosas perigosas. Idosos são os indivíduos que mais consomem esse tipo de medicação e são particularmente vulneráveis aos efeitos adversos (GORZONIL; PIRES, 2006).

Pela dificuldade de acessibilidade, visto que se tem apenas um profissional da área de psicologia e psiquiatria em Paracatu, médicos clínicos gerais tem prescrito essa classe de medicamentos incorretamente, visto que não são apenas antineuróticos, antipsicóticos ou anti-insônia, como a maioria pensa.

A melhor indicação para os benzodiazepínicos são nos casos onde a ansiedade não é parte da personalidade do paciente e para casos onde a ansiedade não seja secundária a outro distúrbio psíquico. Esses medicamentos estão sendo usados de forma contínua enquanto seu uso deveria ser temporário e pacientes acreditam que seu uso é a solução definitiva para seu problema, desconhecendo seus efeitos colaterais, dependência, e risco de complicações. Pela falta de conhecimento, um dos principais motivos de procura do PSF é a ‘renovação de receitas’; sem passar por consulta as receitas são renovadas já que estão usando essa medicação de forma contínua (LARANJEIRA; CASTRO, 1999).

Observam-se como nós críticos do problema selecionado: 1) disponibilidade de apenas um profissional da área da psicologia e psiquiatria para abranger todo o município; 2) falta de informação e baixa percepção por usuários, médicos e farmacêuticos, acerca das consequências deletérias do uso indevido de benzodiazepínicos; 3) acomodação da população em usar as medicações sem avaliação psicológica.

2 JUSTIFICATIVA

O uso indiscriminado e excessivo de benzodiazepínicos pode expor os pacientes a efeitos adversos desnecessários e interações medicamentosas potencialmente graves. Os idosos são mais vulneráveis aos efeitos adversos e são justamente os indivíduos que mais fazem uso (ORLANDI; NOTO, 2009). Dentre os principais efeitos estão: náuseas, atordoamentos, confusão mental, diminuição da coordenação motora, sonolência, sedação, fadiga e outros. Seu principal risco é gerar dependência, principalmente em casos de automedicação e prescrições inadequadas.

Devido ao uso crônico de benzodiazepínicos por idosos na área de trabalho da autora da pesquisa ora apresentada e a ocorrência de má informação dos usuários, médicos e farmacêuticos, optou-se por abordar o assunto.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor intervenção para reduzir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos por idosos.

3.2 Objetivos específicos

1. Quantificar os pacientes idosos usuários de benzodiazepínicos inscritos e atendidos pela USF Amoreiras;
2. Identificar fatores de risco, prevenção, contra indicações e complicações do uso indiscriminado de benzodiazepínicos;
3. Evidenciar a importância de realizar medidas educativas acerca dos efeitos dos medicamentos em idosos, bem como medidas preventivas do uso incorreto.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa caracterizada como revisão de literatura e pesquisa de campo. A primeira deu-se sobre a teoria que discorre acerca do uso indiscriminado de benzodiazepínicos, identificando seus efeitos adversos e consequências do abuso. Foi realizado levantamento bibliográfico usando as palavras-chave: dependência, idosos, benzodiazepínicos, efeitos adversos, geriatria, terceira idade.

As bases de dados selecionadas são compostas por pesquisas publicadas pelo PubMed, Scielo, Bireme e Google Acadêmico.

Os dados coletados em campo foram obtidos junto a Unidade Básica de Saúde Amoreiras e ao banco de dados do Sistema de Informações de saúde Pública a partir dos quais elaborou-se as ações consideradas adequadas ao diagnóstico. A UBS em estudo atende 4.157 pessoas sendo 366 idosos - 158 homens e 201 mulheres. Dentre os idosos 61 fazem uso de benzodiazepínicos, com predominância do sexo feminino.

Para o desenvolvimento do plano de intervenção será utilizado o Método Simplificado de Planejamento Estratégico Situacional-PES. O Planejamento Estratégico Situacional - PES foi idealizado por Matus, autor chileno, a partir de sua vivência como ministro da Economia do governo Allende, no período de 1970-73, e da análise de outras experiências de planejamento normativo ou tradicional na América Latina cujos fracassos e limites instigaram um profundo questionamento sobre os enfoques e métodos utilizados.

O enfoque do Planejamento Estratégico Situacional - PES surge, então, no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e vem sendo crescentemente adaptado e utilizado em áreas como saúde, educação e planejamento urbano, por exemplo. Este enfoque parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação (MATUS, 1994).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Benzodiazepínicos

Os Benzodiazepínicos (BDZs) são drogas cuja ação se dá sobre a ansiedade, utilizadas a partir dos anos de 1960. O primeiro produto da linha, o Clordiazepóxido, foi lançado depois de descoberto que seus efeitos ansiolíticos, miorrelaxantes e hipnóticos eram satisfatórios. Na época os BDZ's apresentavam baixa propensão a riscos de dependência e intoxicação, o que desencadeou uma elevada e rápida aceitação pela classe médica aos medicamentos do gênero existentes então. (ORLANDI; NOTO, 2009).

Posteriormente observou-se o surgimento do uso indiscriminado e abusivo, paralelo ao desenvolvimento de tolerância aos medicamentos, sinais de crises de abstinência e dependência nos usuários contínuos.

Tais evidências modificaram a postura da sociedade em relação aos BDZs que, do auge do entusiasmo nos anos 70, passou à restrição do uso a partir da década seguinte. Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso destes medicamentos pela população chegou a atingir 11,1% em 1979, diminuindo para 8,3%, em 1990. (ORLANDI; NOTO, 2009, p.1).

O crescimento do consumo de psicotrópicos no decorrer dos anos pode ser explicado pela “medicalização da sociedade”, acrescida das pressões sofridas pelo mercado da indústria farmacêutica, aliada ao envelhecimento populacional. Entretanto, os medicamentos psicotrópicos trazem consequências como a tolerância e dependência, além de reações adversas quando consumidos de forma inadequada. *O uso inadequado de medicamentos, principal consequência do consumo exacerbado, contribui para o surgimento de eventos adversos, aumentando o risco de morbidade e mortalidade, além da elevação dos custos com a saúde.* (VIEIRA, 2007 *apud* NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012, p.3).

O uso prolongado dessa classe de medicamentos, em períodos maiores que quatro a seis meses pode levar aos sintomas comentados anteriormente. Uma possível dependência é relevante principalmente diante da existência de fatores de risco consideráveis, tais como o uso por idosos, dependentes químicos, doenças psiquiátricas e distúrbios neurológicos. *Também é comum a observação de overdose de BDZs entre as tentativas de suicídio, associados ou não a outras substâncias.* (ORLANDI; NOTO, 2009, p.2).

A ingestão contínua por período prolongado, superior a seis meses, apresenta possibilidade de ocorrência de manifestação da síndrome de abstinência, reação comum após

um a onze dias depois da suspensão do uso de tal medicamento. A síndrome dificulta a interrupção do tratamento pelos pacientes. (AMARAL; MACHADO, 2012).

Os sintomas frequentemente observados apresentam-se sob a forma de taquicardia, tremores, cefaléia, sudorese, disforia, agitação e ansiedade intensas, alterações no padrão do sono, insônia, vertigens, anorexia, distúrbios gastrointestinais e outros menos frequentes. Geralmente os sintomas apresentam-se mais fortes entre o quinto e o sexto dia sem a ingestão do medicamento e podem desaparecer em quatro semanas. (AMARAL; MACHADO, 2012).

Os BDZs são considerados como medicamentos seguros e, por isso, são prescritos por muitos médicos que, nem sempre, disponibilizam aos pacientes as informações necessárias relativas aos efeitos colaterais e às consequências do uso contínuo por períodos muito longos. Tal fato agrava a incidência de dependência da substância por um número cada vez maior de usuários. (FIRMINO, 2006).

O conceito de que essas drogas possuem potencial para ser abusada não vem dos dias atuais; apenas com vinte anos após o lançamento, seu uso, tanto na medicina geral como na psiquiatria teve um aumento significativo, sendo que no final da década de 1970 essas drogas já ocupavam a posição de mais prescritas no mundo para o tratamento das doenças que afetavam o Sistema Nervoso Central – SNC. (BERNIK, 1999 *apud* AMARAL; MACHADO, 2012, p.6).

A literatura vigente considera que os BDZs devem ser ingeridos por um curto período, entretanto, percebe-se que, em escala global, o uso é contínuo, indo além da prescrição clínica bem definida e orientada, geralmente, por longos períodos de tempo, até mesmo indeterminados. (FIRMINO, 2006).

A necessidade de gerenciar a prescrição e uso de medicamentos psicotrópicos vai além da área clínica, pois se tornou uma questão de saúde pública. No Chile, a dependência dessa classe de medicamentos, o hábito da automedicação e o abuso dessas substâncias tornaram-se reconhecidos como um problema de ordem pública na década de 80 do século passado, quando se comprovou um consumo espantoso de BDZs por meio de automedicação. (AMARAL; MACHADO, 2012).

Os benzodiazepínicos atuam através da potencialização da resposta ao ácido gama-aminobutírico - GABA, possibilitando maior facilidade na abertura dos canais de cloreto que se tornam ativos pelo GABA. *Eles ligam-se especificamente a um sítio de ligação ao GABA, e atuam aumentando a afinidade do GABA pelo receptor.* (STUART *et al.*, 2010).

Os benzodiazepínicos agem como depressores do SNC, atuando em todos os seus níveis de depressão, provocando desde uma sedação leve até a hipnose mais profunda, de acordo com a dosagem ingerida. Os efeitos mais destacados dos benzodiazepínicos se dão

sobre o SNC e consistem em ocorrências como: diminuição da ansiedade e da agressão; diminuição do tempo gasto pelo indivíduo para conseguir dormir, pois promove a sedação e induz ao sono; reduzem o tônus muscular por meio de uma ação central uma vez que seres humanos em estados ansiosos apresentam aumento do tônus muscular. (RANG; RITTER, 2001 *apud* STUART *et al.*, 2010).

Os BDZs são absorvidos facilmente quando ingeridos por via oral, produzindo efeitos e, aproximadamente uma hora, sendo absorvido pelas funções gastrintestinais. Sua eliminação é mais vagarosa e os componentes do medicamento podem permanecer no organismo por semanas. (STUART *et al.*, 2010).

5.2 Efeitos Adversos

O uso dos BDZs pode originar algumas reações colaterais mais comuns como a sonolência diurna, dificuldade de atenção e concentração, cansaço físico, dor de cabeça, tonturas, fraqueza muscular contínua, diminuição da acuidade visual. Alguns outros efeitos são menos recorrentes: diminuição da libido, reações cutâneas e disfunções gastrintestinais. Tais ocorrências se dão, geralmente, nos primeiros dias de tratamento e, na maioria dos casos, desaparecem com a continuação da ingestão. Outro efeito colateral é a desinibição do usuário, o que pode leva-lo a uma conduta social fora dos padrões de conveniência. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008).

Tais medicamentos não são indicados para pacientes com insuficiência hepática severa, pois podem desencadear ou potencializar o surgimento de encefalopatia. Também não são adequados para tratamento inicial nas doenças psiquiátricas e não devem ser usados de forma isolada no tratamento de depressão ou ansiedade, quando associadas a alguma patologia depressiva, pois existe risco de suicídio potencial destes pacientes. Outro fator que exige atenção diz respeito aos pacientes cujo histórico aponta abuso de álcool ou outras drogas. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008).

A administração contínua durante o período de gravidez e lactação pode acarretar a redução drástica da pressão arterial e da função respiratória, além da hipotermia no recém-nascido. (BICCA; ARGIMON, 2008).

Em caso de presença de doença hepática ou renal, síndrome cerebral crônica ou glaucoma de ângulo fechado, os pacientes usuários dos BDZ's precisam ser ininterruptamente acompanhados com especial atenção para a dosagem prescrita, que por sua vez deve ser reduzida caso haja necessidade. (BERNIK, 1999).

Inicialmente bem vindos pelos médicos, os medicamentos do tipo BDZ's passaram a ser objeto de preocupação devido ao fator risco dependência. Mesmo alvo de controle e aumento no conhecimento dos efeitos negativos, tais substâncias continuam a ser utilizadas de maneira leviana e exageradas, como ferramenta de cura para qualquer sintoma de ansiedade. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008).

Para diminuir os riscos de dependência e efeitos adversos tais medicamentos exigem uma cuidadosa avaliação para prescrição médica e a maior redução possível do tempo de ingestão. Caso realmente necessária sua utilização por períodos maiores, é essencial a realização de acompanhamento detalhado e criterioso, tendo sempre em vista a relação riscos/benefícios. (FORSAN, 2010).

O paciente precisa de acompanhamento também após a interrupção do tratamento, pois é comum que sintomas de abstinência como ansiedade, variações no humor e no sono, além de vertigens, ocorram nas primeiras semanas de desuso. Devido a tais sintomas torna-se mais difícil abandonar o uso de BDZs. (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000).

Também é possível que surjam efeitos tardios que, de modo geral, provoca a deterioração da saúde geral - mental e física - do paciente que, por sua vez, são agravados progressivamente no decorrer do tempo. (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000).

Os efeitos tardios mais frequentes são as perdas de capacidades cognitivas, distúrbios afetivos e comportamentais representados por dificuldades de raciocínio, agitação intensa, redução drástica da libido, fobias, ansiedade, desinteresse por atividades sociais e de lazer e incapacidade de demonstrar emoções. (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000).

5.3 Envelhecimento Humano

É reconhecido que o crescimento da população brasileira tem sido acompanhado pelo envelhecimento da própria população idosa e por transformações acentuadas nos arranjos familiares e no papel social da mulher. Desde a segunda metade dos anos 70, a população brasileira passou a experimentar uma redução no ritmo de crescimento, dada a queda acentuada dos níveis de fecundidade e pela diminuição da mortalidade dos idosos. (MOREIRA, 2006).

A chamada por alguns de terceira idade é uma fase da vida humana e varia de acordo com a cultura e o nível de desenvolvimento da sociedade na qual o indivíduo está inserido. Em nações tidas como em desenvolvimento, por exemplo, uma pessoa é considerada da terceira idade a partir dos 60 anos. Por outro lado, para os profissionais da geriatria –

especialidade da medicina para a terceira idade -, essa fase é iniciada somente após os 75 anos. Com a chegada da terceira idade, além dos problemas de saúde, geralmente, mais frequentes, característicos ou não dessa etapa, podem ocorrer atitudes de abandono, desrespeito e desvalorização. (NERI, 2005).

Para a Organização das Nações Unidas (ONU) os idosos representavam em 2005, 10,4% da população mundial; a mesma organização defende que projeções revelam que até 2050, esse valor será superior a 20%. Paralelamente, o percentual de crianças reduzirá de 30% para 21% no mesmo período. (MOREIRA, 2006).

No entanto, no Brasil e em outros países em desenvolvimento esse processo foi rápido e desvinculado de uma política social favorável, sem melhora concomitante na qualidade de vida da população idosa. A cada ano 650 mil novos idosos são incorporados à população, e a maior parte apresenta doenças crônicas não transmissíveis e limitações funcionais. O índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. As mudanças ocorridas na estrutura populacional estão acarretando uma série de consequências sociais, culturais, econômicas, políticas e epidemiológicas, para as quais o país não está ainda devidamente preparado. Esse salto representa um fator de pressão importante para a inclusão do tema na agenda de prioridades do governo. (ELSEN, 2002).

Iniciando ou não aos 60 anos, dados do IBGE apontam que entre 2005 e 2009, no Brasil, a população de pessoas com mais de 60 anos cresceu em média 14,5%. Esse índice é explicado pela maior preocupação com a qualidade de vida dos idosos, crescente nas últimas décadas, a melhoria da qualidade de vida, a crescente manutenção das atividades cotidianas produtivas dos idosos e os avanços da medicina. (NERI, 2005).

Devido ao aumento da expectativa de vida humana nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, várias políticas públicas foram instituídas com o objetivo de otimizar a qualidade de vida dessa faixa etária, buscando a garantia dos seus direitos e ampliação do número de indivíduos com idade superior a 60 anos. *Entenda-se a qualidade de vida como oportunidades reais de dignidade, cidadania, saúde, lazer, produtividade e convivência familiar e comunitária.* (GOLDMAN, 2004, p.6)

A partir disso no início da década de 1980 do século passado, amplia-se o movimento da sociedade civil, com participação de diversos segmentos, entre eles profissionais universitários, associações, grupos de idosos politicamente organizados e alguns parlamentares dedicados às questões sociais; esses grupos sociais começaram a exigir a valorização e o respeito à pessoa idosa. (GOLDMAN, 2004).

No que diz respeito especificamente ao idoso, a política pública de saúde para a

terceira idade, denominada Política Nacional do Idoso (PNI), constitui área estratégica com abrangência em todas as unidades federadas nos âmbitos federal, estaduais e municipais. No sentido de colocar em prática as ações preconizadas nesta política, os órgãos governamentais propuseram um plano de ação conjunta, que trata de ações preventivas, curativas e promocionais, objetivando melhor qualidade de vida ao idoso. (MOREIRA, 2006).

A PNI tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Assim, estabeleceram-se ações estratégicas que contemplam:

1. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
2. Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa
3. Programa de Educação Permanente à Distância
4. Acolhimento
5. Assistência Farmacêutica
6. Atenção Diferenciada na Internação
7. Atenção domiciliar. (MOREIRA, 2006).

A consolidação de uma política que confira aos idosos medidas preventivas e promocionais de saúde, bem como atendimento integral e domiciliar, é um avanço para a saúde pública do país, pois, a medida em que esses programas são criados e colocados em prática, garantem que a população envelheça com saúde e um atendimento de qualidade. (MOREIRA, 2006).

O papel social dos idosos é um fator importante na forma como se entende o envelhecimento, dependendo tanto da maneira como as pessoas vivem, quanto das condições atuais que se encontram. Ocorre o início de um novo ciclo e o ser humano precisa adaptar-se a outra condição que lhe traga mais vantagens, como o descanso, lazer, mas também graves desvantagens como perda gradativa da saúde. (GOLDMAN, 2004).

O envelhecimento é um processo natural que ocorre no decorrer da vida e traz enormes mudanças biológicas, psicológicas e sociais distintas. Para o autor o envelhecimento não pode ser considerado uma doença ou sinal de pouca saúde. O corpo que envelhece pode desempenhar a maioria ou quase todas as funções que realizava antes, porém geralmente demandam mais tempo para realizá-las, exigem mais motivação e podem apresentar menos precisão. (GOLDMAN, 2004).

A população de adultos idosos é definida, em termos cronológicos, como composta de pessoas com idade acima de 65 anos. Pode-se também classificar as pessoas idosas como jovem-idoso, aquelas com idade entre 65 e 74 anos; médio-idoso, entre 75 e 84 anos e idoso-

idoso, aquelas pessoas com mais de 85 anos. Esse número tem aumentado e é esperado que essa população cresça futuramente. (NERI, 2005).

Devido ao envelhecimento ocorre o declínio crescente dos mecanismos homeostáticos, notadamente no SNC, fígado e rins. No SNC, acontece o processo de morte de neurônios, paralela ao aumento de células gliais, redução de enzimas intracelulares e da quantidade de sinapses dendríticas. No fígado, diminui a metabolização de medicamentos ingeridos enquanto nos rins, ocorre declínio da funcionalidade a partir dos 40 anos de idade. (MOURA, 2012).

Em sua totalidade, as mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento são particularmente importantes em termos de acumulação dos benzodiazepínicos. O aumento da sensibilidade à droga está diretamente relacionado ao acúmulo de benzodiazepínicos e a seus metabólitos ativos. Os idosos alcançam então, efeito mais prolongado e mais intenso. Por isso observam-se com muita frequência confusão mental e desorientação em comparação com o jovem. (MOURA, 2012, p.2).

Outras ocorrências comuns a essa fase são a amnésia anterógrada, a sedação, tonturas, falta de coordenação motora e redução na capacidade de concentração, que podem levar a acidentes e quedas. (MOURA, 2012).

Os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos aumentam enquanto os benefícios diminuem no uso por idosos. É preciso atentar para o fato de que os efeitos negativos sobre a cognição destes às vezes se confundem, sendo tratados como resultados comuns à velhice ou de patologias que causam demência. (MOURA, 2012).

5.4 Uso de Benzodiazepínicos em Idosos

Entre as características clínicas mais importantes dos indivíduos idosos, encontra-se o fato de que esses indivíduos respondem a medicamentos de maneira diferente das apresentadas pelos pacientes mais jovens, fato conseqüente das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas intrínsecas ao envelhecimento. Além disso, os efeitos e determinados medicamentos são mais potentes. (BICCCA; ARGIMON, 2008).

O uso levado ao exagero de medicamentos do tipo BDZs pode expor os usuários a efeitos adversos considerados em sua maioria, perigosos. Os idosos, considerados como as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, são mais vulneráveis aos efeitos negativos de qualquer medicamento, ao mesmo tempo em que são os indivíduos que mais fazem uso de tais produtos. Um percentual acima de 80% deles ingere, no mínimo, um tipo de medicamento

diariamente, fator que potencializa os riscos de ingestão inapropriada, que por sua vez aumenta a ocorrência de casos de complicação medicamentosa (CRUZ *et al.*, 2006).

O processo de envelhecimento da população brasileira é acompanhado pelo aumento de doenças neurológicas e psiquiátricas, quando se verifica escassez de estudos que avaliam o uso racional de medicamentos pelos mesmos. Torna-se, muitas vezes, uma tarefa angustiante determinar qual a melhor abordagem para o idoso, ainda mais se considerar que o uso de BZD é muito frequente em tais pacientes tanto na comunidade como em instituições geriátricas e varia de 21,3% a 62,2% (GARRIDO; MENEZES, 2002 *apud* CRUZ *et al.*, 2006).

Nos idosos, os benefícios dos BDZs diminuem enquanto os efeitos adversos são potencializados. Em longo prazo, tais efeitos podem ficar semelhantes à demência, síndromes de ansiedade ou depressão. No decorrer do tempo, os mesmos sofrem um agravamento contínuo. (NOGUEIRA FILHO, 2011).

Os medicamentos do tipo benzodiazepínicos devem ser prescritos aos idosos cuidadosamente, em dosagens baixas, por curto período de tempo. Assim, os benzodiazepínicos considerados de vida curta ou intermediária são os mais indicados para os idosos. (NOGUEIRA FILHO, 2011).

Os BDZs considerados de alta potência e os de longa duração não são recomendados porque aumentam a ocorrência de efeitos adversos. (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

O uso prolongado desses medicamentos está associado ao aumento das situações de risco que comprometem o aspecto cognitivo, entretanto é inconclusa uma possível relação com a demência. Mesmo sendo indicados e prescritos para tratar os sintomas associados às demências, como os antidepressivos apresentam pouca eficácia e podem contribuir para um agravamento da demência. (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000).

Pela singularidade existente no quadro geral do idoso torna-se mais grave o problema representado pelos efeitos adversos dos BDZs sobre as capacidades de atenção, concentração e memória, exigindo maior cautela na prescrição. Para tanto deve ser considerado o potencial do paciente quanto à tolerância e dependência, que estão relacionados com a idade do paciente, seu aspecto geral de saúde e às interações medicamentosas. (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

Diversos fatores são responsáveis pelo uso de BDZs pelos idosos. São considerados principais os fatores sociais, afetivos e familiares e o hábito de consumo de antidepressivos nessas situações. São também erradamente utilizados como antipsicóticos e no combate à insônia. Ao contrário, sugere-se que o uso desses medicamentos é adequado aos casos onde a

ansiedade não seja parte da personalidade do paciente ou que não seja consequência de outra doença qualquer. (NOGUEIRA FILHO, 2011).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O Fundo Nacional de Saúde em exercício na localidade é composto por 22 profissionais: 11 de vínculo empregatício do tipo estatutário, cinco contratados por prazo determinado e seis de cargo comissionado. Com serviços de regulação de acesso a ações e serviços de saúde e de vigilância em saúde (ambiental epidemiológica e sanitária).

O município é composto por nove postos de Programa de Saúde da Família (PSF's), quatro postos de saúde, duas unidades móveis médico odontológicas, pelo Hospital Municipal, uma clínica geriátrica e oftalmológica, Clínica da Mulher e da Criança, um consultório odontológico para pacientes especiais, seis centros de saúde, um centro de reabilitação municipal de fisioterapia, um centro de hemodiálise, um centro de atenção psicossocial e o Hospital Escola da Faculdade Atenas, com várias especialidades: cardiologia, clínica cirúrgica, psiquiatria, clínica médica, ginecologia, infectologia, nutrição, otorrinolaringologia, ortopedia, neurologia e oftalmologia. O Sistema de Referência é realizado da Atenção Primária para Atenção Secundária e Especialidades (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU, 2014).

6.1 Diagnóstico

A USF Amoreiras localiza-se no Bairro Amoreiras II, à Rua Tório, nº 212, centro da área de abrangência, na cidade de Paracatu, com funcionamento de segunda a sexta-feira, das 07:00h às 11:00h e 13:00h às 17:00h (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU, 2014).

A equipe da unidade de saúde é composta por profissionais capacitados para atendimento da comunidade e conta com um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica em enfermagem, dois dentistas, uma auxiliar de odontologia e agentes comunitários de saúde.

A unidade conta com um consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, sala de vacina e inalação, farmácia, cozinha, sala de curativo, dispensa, banheiros, escovódromo, sala de recepção, banheiro para funcionários e banheiro para pacientes, uma área de espera para os pacientes, sala para agentes comunitários (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU, 2015).

A área de abrangência na USF é composta pelos bairros Amoreiras II, Bela Vista II, Alto da Colina, Nossa Senhora Aparecida e Esplanada.

Figura 1: Área de Abrangência do PSF Amoreiras

Fonte: Prefeitura Municipal de Paracatu, 2014.

Em relação à topografia, 90% da área do bairro é plana e 10% irregular. Cerca de 90% da área é asfaltada. Na área há presença de animais, sendo que 45% destes vivem na rua. Com relação ao perfil populacional 100% dos homens são assalariados, 65% das mulheres são donas de casa e 35% trabalham fora do lar. Entre os jovens 10% começaram a trabalhar após 18 anos e 100% dos jovens abaixo desta idade estão estudando. Com relação ao nível de renda familiar mínima, 80% da população vivem com um salário mínimo e 20% vivem com mais de um salário mínimo. Se tratando do nível educacional da população jovem e adulta, 60% possuem o ensino fundamental e 40% o ensino médio completo. Tem-se um nível de alfabetização de 95,61% (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU, 2014).

O número de famílias cadastradas atual é de 1071 famílias, totalizando 4157 pessoas cadastradas (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU, 2014).

Tabela 2: Situação sanitária da área de abrangência – Material utilizado na construção das habitações.

Tipo de casa	Quantidade
Tijolo/adobe	830
Taipa revestida	0
Taipa não revestida	0
Madeira	0
Madeira aproveitado	0
Outros	4

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas. 2012.

Tabela 3: Situação sanitária da área de abrangência – Fonte de captação de água.

Abastecimento de água	Quantidade
Rede geral	817
Poço ou nascente	16
Outros	1

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas. 2012.

Tabela 4: Situação sanitária da área de abrangência – Formas de tratamento de água consumida.

Tratamento domiciliar	Quantidade
Filtração	731
Fervura	4
Cloração	12
Fluoretação	0
Sem tratamento	87

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas. 2012.

Tabela 5: Situação sanitária da área de abrangência – Sistema de esgoto.

Destino das fezes e urina	Quantidade
Sistema de esgoto	456
Fossa/privada	362
Céu aberto	16

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas. 2012.

Tabela 6: Situação sanitária da área de abrangência – Coleta de lixo

Destino do lixo	Quantidade
Coletado	779
Enterrado/Queimado	35
Céu aberto	20

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas. 2012.

Tabela 7: Situação sanitária da área de abrangência – Fornecimento de energia elétrica

Energia elétrica	Quantidade
Residências	803

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas. 2012.

Na comunidade existem escolas públicas, creches, igreja católica e evangélica. As habitações possuem energia elétrica, grande parte tem água tratada, esgoto e telefonia. Na área não há hospitais, laboratórios, bancos e correios (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU, 2014).

Sabendo que o diagnóstico situacional é um método que ajuda a conhecer os problemas e necessidades sociais, através de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e reuniões com a equipe, identificou-se os seguintes problemas listados abaixo.

Tabela 8: Principais problemas da área de abrangência

PRINCIPAIS PROBLEMAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Uso abusivo de benzodiazepínicos por idosos

Violência urbana

Deficiência de policiamento

Tráfico de drogas

Tabagismo

Consumo de álcool (*Etilismo*)

Lotes sujos

Ausência de coleta seletiva

Difícil acesso a farmácias

Ausência de opção de lazer

Má adesão ao tratamento de Diabetes e Hipertensão

Fonte: PSF Amoreiras. 2014.

Tabela 9: Principais doenças da área de abrangência

PRINCIPAIS DOENÇAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Diabetes

Doença de Chagas

Doença mental

Hanseníase

Hipertensão

Fonte: PSF Amoreiras. 2014.

A USF em estudo atende 4.157 pessoas sendo 366 idosos - 158 homens e 201

mulheres. Dentre os idosos 61 fazem uso de benzodiazepínicos, com predominância do sexo feminino. São 39 idosas e 22 idosos. Entre a classe de medicamentos os mais utilizados são o Clonazepam, seguido de Diazepam.

Transtornos psiquiátricos são bastante comuns em USF's, e é um de nossos maiores problemas, pois a maioria dos clínicos geral apresenta dificuldade em realizar um acompanhamento e tratamento adequado desses pacientes. Os mesmos necessitam de várias consultas e geralmente cada atendimento exige grande parte do tempo. Como temos uma alta demanda de pacientes isso se torna difícil. Então esses pacientes estão sendo mal acompanhados.

Pacientes psiquiátricos que iniciam seu tratamento no Centro de Apoio Psicossocial – CAPS, acabam retornando à Unidade de Saúde da Família para solicitar renovações de receitas já que há uma grande dificuldade para remarcação de consultas no CAPS, pois existe apenas um médico psiquiatra para um grande volume de pacientes .

Os nós críticos que orientam a elaboração do plano são representados pelos fatos: 1) disponibilidade de apenas um profissional da área da psicologia e psiquiatria para abranger todo o município; 2) falta de informação e baixa percepção por usuários, médicos e farmacêuticos, acerca das consequências deletérias do uso indevido de benzodiazepínicos; 3) acomodação da população em usar as medicações sem avaliação psicológica.

Partindo dos mesmos foram diagnosticados alguns fatores que justificam o Plano de ação, tais como:

1. Uso abusivo de medicamentos do tipo BDZs;
2. Baixa adesão aos tratamentos médicos contínuos;
3. Alto índice de idosos atendidos, com predominância do sexo feminino;
4. Infraestrutura da comunidade inadequada às concepções de saúde;
5. Falta de acesso e acompanhamento de médicos das áreas de psicologia e psiquiatra com a frequência adequada;
6. Hábito de “buscar” receitas de BDZs sem consulta médica.

6.2 Ações propostas

O Plano de Ação apresentado tem como principal objetivo apresentar propostas de intervenção junto à população idosa atendida pela USF do bairro Amoreiras II com vistas à redução do uso indiscriminado de benzodiazepínicos.

Espera-se que as ações propostas possam evidenciar a importância de realizar medidas

educativas acerca dos efeitos dos medicamentos, bem como medidas preventivas do uso incorreto.

Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema “disponibilidade de apenas um profissional da área da Psicologia e Psiquiatria para abranger todo o município”.

Nó crítico 1	Disponibilidade de apenas um profissional da área da Psicologia e Psiquiatria para abranger todo o município.
Operação	Buscar parcerias que promovam meios de disponibilização de mais profissionais das áreas de Psiquiatria e Psicologia para atendimento e acompanhamento aos usuários de BDZs e criação de NASF.
Projeto	Juntos por uma saúde melhor: Visa maior qualidade de vida aos idosos atendidos.
Resultados esperados	Espera-se consolidar parcerias com profissionais das áreas de psicologia e psiquiatria em número suficiente para atender à demanda existente.
Produtos esperados	Adesão de mais profissionais psicólogos e psiquiatras no município.
Atores sociais/ responsabilidades	Autora do Plano: elaboração; Equipe da Secretaria Municipal de Saúde e da USF Amoreiras: fornecimento dos dados; Acadêmicos de Medicina: acompanhamento frequente dos pacientes; Médicos locais: prestação de serviços.
Recursos necessários	Estrutural: Secretaria Municipal de Saúde e USF Amoreiras. Cognitivo: Material de divulgação da situação dos atendidos pela USF. Financeiro: Suficiente para elaboração e produção do material, transporte, divulgação e remuneração dos profissionais. Político: órgãos públicos municipais, prefeito, vereadores e secretário de saúde local.
Recursos críticos	Financeiros, relativos à contratação de profissionais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeitura Municipal de Paracatu. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Comprovação de que uma reestruturação no atendimento pode contribuir para minimizar doenças decorrentes, reduzindo os gastos públicos com tratamentos mais dispendiosos.
Responsáveis:	A Secretaria de Saúde e a USF disponibilizarão as informações necessárias para elaboração e avaliação contínua do plano. Após elaborar o plano a autora buscará recursos financeiros junto ao poder público local que fará a análise, aprovação e divulgação do projeto junto à comunidade e também buscará as parcerias necessárias.
Cronograma / Prazo	Pesquisa de dados: Novembro/2014. Elaboração do plano: Dezembro/2014 e Janeiro/2015. Captação de recursos financeiros: Fevereiro/ 2015. Análise, aprovação e divulgação: Março-Maio/2015. Construção de parceiras: Junho-julho/2015. Desenvolvimento do plano: 2º semestre/2015.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Mensalmente a autora buscará informações acerca da execução de cada etapa registrando em relatórios quais avanços foram feitos e as dificuldades encontradas. Ao final de cada etapa será verificada a necessidade de reelaboração do plano.

Fonte: USF Amoreiras. 2014.

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema “falta de informação e baixa percepção por usuários, médicos e farmacêuticos, acerca das consequências deletérias do uso indevido de benzodiazepínicos”.

Nó crítico 2	Falta de informação e baixa percepção por usuários, médicos e farmacêuticos, acerca das consequências deletérias do uso indevido de benzodiazepínicos.
Operação	Promover palestras, discussões e estudos acerca do tema.
Projeto	Saber mais: Visa divulgar com antecedência os riscos do uso indevido à saúde do idoso e a necessidade de reavaliações médicas frequentes.
Resultados esperados	Reduzir o número de usuários de benzodiazepínicos.
Produtos esperados	Compreensão da importância do uso consciente desses medicamentos e dos riscos que o uso prolongado pode acarretar.
Atores sociais/ responsabilidades	USF: divulgação na comunidade; Profissionais da Saúde e farmacêuticos: Palestras Secretaria Municipal de Saúde: Disponibilização de recursos didáticos para discussão e de medicamentos menos nocivos em comparação aos benzodiazepínicos. Comunidade atendida: participação ativa no encontro.
Recursos necessários	Estrutural: Conseguir espaço físico para realização de palestras e reuniões. Cognitivo: Informações sobre o tema. Financeiro: Para elaboração, produção e divulgação do material através de recursos audiovisuais e panfletos. Político: Para conseguir meios de comunicação para divulgação.
Recursos críticos	Estrutural: Conseguir espaço físico para realização de palestras e reuniões. Financeiro: Para elaboração, produção e divulgação do material através de recursos audiovisuais e panfletos. Político: Para conseguir meios de comunicação para divulgação.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Sistema Único de Saúde, Prefeitura Municipal, farmacêuticos, médicos. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Realizar visitas aos pacientes desenvolvendo diálogos que conquistem sua confiança e despertem para a importância da participação dos encontros e, a partir daí produzir subsídios para solicitação de novos medicamentos.
Responsáveis:	A USF promoverá a divulgação na comunidade, os profissionais da saúde farão as palestras com uso de material disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Caberá ao Governo Municipal a solicitação e disponibilização de outros medicamentos.
Cronograma / Prazo	Fevereiro e Março/2015.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Elaboração de relatórios das visitas e das discussões. Após o encontro serão realizadas outras visitas aos pacientes para aferir a compreensão e adesão dos mesmos ao plano.

Fonte: USF Amoreiras. 2014.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema “acomodação da população em usar as medicações sem avaliação psicológica”.

Nó crítico 3	Acomodação da população em usar as medicações sem avaliação psicológica.
Operação	Estabelecer a cultura do uso de medicamentos apenas quando necessário e prescrito pelo profissional adequado, principalmente nos pacientes idosos, maiores consumidores de benzodiazepínicos.
Projeto	Não arrisque sua saúde: o uso de remédios exige responsabilidade e bom senso.
Resultados esperados	Atingir o maior número possível de pacientes em uso de medicamentos contínuos na comunidade.
Produtos esperados	Desenvolver a consciência dos riscos do uso prolongado da medicação e necessidade do acompanhamento psicológico.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da saúde do PSF: visitas aos pacientes, atendimento, divulgação dos riscos. Médicos: realização de palestra, recusa da prescrição contínua de medicamentos ao paciente sem avaliações periódicas. Pacientes: dispor respostas aos questionamentos dos profissionais da saúde, comparecer aos acompanhamentos.
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico e profissionais da saúde em número suficiente. Cognitivo: Informações esclarecedoras aos pacientes. Financeiro: manutenção dos profissionais, recursos físicos e materiais. Político: Poder público municipal.
Recursos críticos	Financeiros e políticos: as verbas para a saúde não são suficientes para ampliação do quadro de profissionais e a burocracia retarda a solução do problema.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeitura Municipal e Câmara de Vereadores. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentação da relação custo/benefício entre as práticas educativas e preventivas em relação aos problemas maiores que surgem diante de situações já estabelecidas.
Responsáveis:	O projeto será iniciado pela Prefeitura Municipal e Secretaria de Saúde com uma campanha vinculada nos meios de comunicação local relativa aos perigos do uso indiscriminado de medicamentos. Em seguida, os profissionais diários da PSF realizarão visitas aos domicílios dos pacientes esclarecendo as possíveis dúvidas ou levando o projeto ao conhecimento daqueles que o desconhecem. Logo após os médicos realizarão palestras sobre o tema e, para finalizar, será realizada uma segunda visita para aferir a compreensão dos participantes.
Cronograma / Prazo	Março e Abril/2015.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A autora e os profissionais envolvidos estarão presentes em todas as atividades, registrando e intervindo quando necessário. Ao final, será elaborado um relatório geral sobre todas as ações realizadas.

Fonte: USF Amoreiras. 2014.

Entende-se que o presente plano esteja adequado e se mostre eficiente ao propósito de enfrentamento dos nós críticos detectados, pois grande parte dos problemas de consumo indiscriminado de medicamentos aferido no diagnóstico são decorrentes do desconhecimento do problema e da dificuldade de acesso aos especialistas necessários.

7 CONCLUSÃO

A partir da revisão apresentada é possível afirmar que medicamentos do tipo benzodiazepínicos apresentam, a médio e longo prazos, grandes riscos à saúde humana, principalmente aos idosos, mais frágeis diante dos efeitos dessas substâncias. Entretanto, são facilmente adquiridos através das renovações de receita sem o acompanhamento médico necessário nos PSF e seu consumo é visto por muitos como um grande aliado no tratamento de sintomas que, eventualmente, tem origem em situações diversas, como contextos socioeconômicos, familiares e culturais, como ansiedade, insônia e depressão.

Mesmo apresentando prejuízos aos usuários são os medicamentos mais facilmente encontrados e disponíveis para os casos.

No âmbito da saúde seria viável o adição de fármacos com menos efeitos colaterais à lista de medicamentos disponíveis na farmácia municipal, medidas de fiscalização e controle dos benzodiazepínicos, programas de educação médica para conscientização e elaboração de protocolo para o uso consciente dessa classe de medicamentos com criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família onde as especialidades médicas psiquiatria e psicologia seriam mais facilmente acessíveis.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, B. D. A. do. MACHADO, K, L. **Benzodiazepínicos: uso crônico e dependência.** 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Projeto Diretrizes: abuso e dependência dos benzodiazepínicos.** Rio de Janeiro, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2010.
- BERNIK, M. A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência.** São Paulo: Edusp, 1999.
- BICCA M, G. ARGIMON, L. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. *J Bras Psiquiatr.* 2008 mar; 57(2): 133-38.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CRUZ, A.V. FULONE, I. ALCALÁ, M. FERNANDES, A. A. MONTEBELO, M. I. LOPES, L. C. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 27, n.3, p.259-267, 2006.
- ELSEN, I. **Terceira idade: o viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2002.
- FIRMINO, K. F. **Benzodiazepínicos: Um Estudo da Indicação/Prescrição no Município de Coronel Fabriciano—MG – 2006.**
- FORSAN, M. A. **O Uso Indiscriminado de Benzodiazepínicos: uma análise críticas das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado.** 2010.
- GOLDMAN, S. N. **As dimensões sociopolíticas do envelhecimento.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004.
- GORZONIL M. L. PIRES, S. L. Idosos asilados em hospitais gerais. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.6, p.1124-1130, 2006.
- 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, abr-jun, 2000.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados epidemiológicos município de Paracatu.** 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 07 jan. 2015.
- LARANJEIRA, R. CASTRO, L. A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos, p. 187-98. In: Bernick MA **Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência.** São Paulo, Edusp, 1999.

MATUS, C. **Guia de Análisis Teórico**. Curso de Governo e Planificação. Caracas: Fundación Altadir, 1994.

MENDONÇA, R. T. CARVALHO, A. C. D. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.13, p.1207-1212, 2005.

_____. O Consumo de Benzodiazepínicos por Mulheres Idosas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, v.1, n.2, 2005

MOREIRA, V. C. **A gestão do cuidado ao idoso na perspectiva dos direitos instituídos**. Maringá: UEM, 2006.

MOURA, M. **Uso de benzodiazepínicos em idosos, declínio cognitivo e risco de quedas**. 2012.

NERI, A. L. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso. *In. A Terceira Idade*, 2005.

NETTO, M. U. de Q. FREITAS, O. de. PEREIRA, L. R. L. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. 2012; 33(1):77-81.

NÓBREGA O. KARNIKOWSKI, T. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.309-313, 2005.

NOGUEIRA FILHO, A. M. **O Perfil de Idosos em Uso de Benzodiazepínicos de uma Equipe de Atenção Primária à Saúde**. 2011.

ORLANDI, P. NOTO, A. R. **Uso Indevido de Benzodiazepínicos: Um Estudo com Informantes-Chave no Município de São Paulo**. 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU. **Aspectos Gerais do município de Paracatu**. 2014. *online*.

STUART, A. FORMAN, J. C. GARY, R. S. ENG, H. L. **Princípios de Farmacologia do Sistema Nervoso Central**. Farmacologia da Neurotransmissão GABAérgica e Glutamatérgica. 2010.

WIKIPEDIA. **Paracatu**. 2014. *Online*.