

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

DOUGLAS DIAS TEIXEIRA

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS – PLANO DE
INTERVENÇÃO**

Pólo Juiz de Fora / MG
2015

DOUGLAS DIAS TEIXEIRA

USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS – 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 Dr^a Regina Maura Rezende

DOUGLAS DIAS TEIXEIRA

USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS – PLANO DE INTERVENÇÃO

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Examinador 2 – Prof. Zilda Cristina dos Santos – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Uberaba, 12 de Fevereiro de 2015.

RESUMO

Os benzodiazepínicos (BZD) são fármacos amplamente empregados na prática clínica e efetivos quando adequadamente indicados. Entre as funções está a ação ansiolítica, hipnótica, miorrelaxante e anticonvulsivante. No entanto, o uso prolongado ocasiona tolerância e dependência, desencadeando um ciclo de uso crônico e em doses cada vez mais elevadas. Este quadro é uma realidade brasileira e de muitos outros países. A constatação do uso crônico e indiscriminado de BZD em uma Unidade Básica de Saúde do município de Rio Pomba foi o foco deste estudo. Foi elaborado um plano de intervenção que, além de ter como objetivo principal a descontinuação do uso indiscriminado de BZD, buscou promover a saúde em sua integralidade. Mediante o diagnóstico situacional, foram identificados os nós críticos a partir dos quais foram propostas estratégias de enfrentamento para o problema.

Palavras chave: Benzodiazepínicos. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Benzodiazepines (BZD) are drugs widely used in clinical practice and effective when appropriately indicated. Among the functions is the anxiolytic action, hypnotic, anticonvulsant and muscle relaxant. However, prolonged use causes tolerance and dependence, triggering a cycle of chronic use, and increasingly higher doses. This table is a Brazilian reality and many other countries. The finding of chronic and indiscriminate use of BZD in a Dove River county Health Unit was the focus of this study. An intervention plan that in addition be directed to the discontinuation of the indiscriminate use of BZD was prepared, sought to promote health in its entirety. By situational diagnosis, critical nodes were identified from which coping strategies have been proposed to the problem.

Keywords: Benzodiazepines. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BZD -	Benzodiazepínicos
ESF -	Estratégia Saúde da Família
GABA -	Ácido gama-aminobutírico
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PSF -	Programa Saúde da Família
PES -	Planejamento Estratégico Situacional
REM -	<i>Rapid Eye Movement</i> ou Movimento Rápido do Olho
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO DE LITERATURA	16
5.1 HISTÓRIA.....	16
5.2 FARMACODINÂMICA E INDICAÇÕES.....	16
5.3 EFEITOS COLATERAIS.....	18
5.4 USO INDISCRIMINADO	19
6 PLANO DE AÇÃO	20
6.1 PASSO UM: DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS	20
6.2 PASSO DOIS: PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS	21
6.3 PASSO TRÊS: DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	22
6.4 PASSO QUATRO: EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA	23
6.5 PASSO CINCO: NÓS CRÍTICOS	24
6.6 PASSO SEIS: DESENHO DAS OPERAÇÕES.....	25
6.7 PASSO SETE: RECURSOS CRÍTICOS.....	27
6.8 PASSO OITO: VIABILIDADE.....	28
6.9 PASSO NOVE: ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
8 REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A partir de 1988, com a promulgação da nova Constituição Brasileira que torna a saúde um direito de todos e dever do Estado, o Brasil possui perante si um grande desafio: garantir a saúde a todos os cidadãos de forma universal, igualitária, equitativa e integral (BRASIL, 1991).

Diante dessa realidade, o Programa Saúde da Família (PSF) surge no sentido de reorientar o modelo assistencial tendo a atenção primária como eixo norteador do Sistema Único de Saúde (SUS) (ROSA, LABETE, 2005). Estima-se recentemente que as equipes de PSF apresentem boa resolutividade para 85% dos problemas de saúde na comunidade em que se encontra (BRASIL, 2000).

Dentre os diversos desafios a serem enfrentados pelas equipes de PSF está o uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos (BZD). Estes estão entre os fármacos mais prescritos e utilizados em todo o mundo, possuindo ação ansiolítica, anticonvulsivante, relaxante muscular e hipnótica.

Para contextualizar o leitor, será apresentado o município de Rio Pomba e o diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde (UBS) em que o autor, médico, atua.

O município de Rio Pomba está localizado na Zona da Mata Mineira, possui 17.804 habitantes (IBGE, 2013) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,714 (PNUD, 2010) e renda média familiar de R\$ 598,37 per capita (IBGE, 2010). As principais atividades econômicas desenvolvidas no município são a agropecuária, a indústria e a prestação de serviços.

Sobre a distribuição populacional, quase 85% dos moradores encontram-se na zona urbana, sendo identificados 4.548 domicílios cuja distribuição é de 4.146 famílias na zona urbana e 733, na zona rural (IBGE, 2010).

A maioria da população tem acesso ao saneamento básico, entretanto o percentual assistido ainda é muito baixo. Apenas 72% da população tem acesso à água tratada e rede de esgoto (DataSUS, 2014).

A distribuição populacional apresenta uma pirâmide etária com base larga, sendo a maioria da população situada na faixa de 10 a 19 anos, seguida pela faixa de 20 a 29 anos. A cidade encontra-se em crescimento populacional com taxa de

crescimento de 6,004%a.a. Entretanto, possui baixa taxa escolaridade (17,95%) e 28,6% dos moradores abaixo da linha de pobreza (IBGE/DataSUS, 2013).

Na área da saúde, o município apresenta Conselho Municipal de Saúde atuante, seis (06) equipes de Saúde da Família credenciadas no Ministério da Saúde, porém foram implantadas até o momento quatro (04). A cobertura do PSF estimada é de 80% (13.800 pessoas). Há ainda uma (01) equipe de Saúde Bucal (modalidade II) e uma (01) equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 2. A atenção à saúde local é marcada por serviços de atenção primária e secundária à saúde, havendo um hospital municipal e consórcios de saúde com outros municípios maiores para referenciar a população, localizados em Ubá, Juiz de Fora e Muriaé.

A ESF em que o autor atua encontra-se na zona norte da cidade de Rio Pomba, região visivelmente mais carente do município em termos de infra-estrutura de educação, saneamento e moradia. A população adscrita da unidade é predominantemente carente e quase todos utilizam exclusivamente os serviços públicos de saúde. Há precariedade sanitária e educacional na região. O funcionamento acontece no período entre 7h e 16h30 com intervalo para almoço. Além das atividades realizadas dentro da unidade, há visitas domiciliares programadas e atendimento mensal aos presidiários.

A população local trabalha basicamente como empregados domésticos, vendedores no comércio local, agricultores ou em fábricas, especialmente têxtil e moveleira. O local de trabalho é quase sempre em outros bairros ou mesmo fora da cidade. Geralmente, os homens trabalham fora e as mulheres ficam em casa cuidando do lar e da família. Na comunidade não há creches, embora haja muitas famílias com crianças, nem escola. As crianças e adolescentes em idade escolar precisam se deslocar para outra região, não muito longe. O único hospital da cidade está localizado fora da área de abrangência da unidade, bem como os demais serviços de apoio. Há igrejas, principalmente evangélicas.

Há rede de distribuição pública de água e de coleta de esgoto e lixo. Porém, a estrutura geral precária interfere em boas condições gerais de saneamento.

Não há unidade de correios, porém há o serviço de entrega de correspondências normalmente.

O presídio da cidade encontra-se nessa região, sendo uma das mais violentas do município.

As principais causas de mortalidade são por doenças do aparelho circulatório e respiratório, causas externas e neoplasias (DataSUS, 2014).

A composição da equipe é de dois médicos, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes de saúde, todos com carga horária de 40h/semana.

Como a Unidade foi construída com a finalidade de ser uma unidade de saúde, não foi necessária a adaptação de casa ou outro estabelecimento para este fim. Possui consultório de clínica médica, sala de curativos e sala de enfermagem. Dispõe de internet e linha telefônica. No mesmo prédio, no térreo, funciona o Centro de Saúde Bucal. Há atendimento de demanda espontânea e atendimentos programados a grupos específicos.

Foi possível perceber através da realização da análise situacional da unidade que os principais problemas a serem enfrentados são: deficiência de saneamento básico (água tratada, rede de esgoto, acúmulo de lixo em terrenos vazios); baixa adesão aos grupos de educação para a saúde; alta prevalência de portadores de agravos crônicos; alta incidência e prevalência de agravos agudos de saúde em crianças que, ao menos em teoria, deveriam ser minimizados pela presença de saneamento básico; uso abusivo e prolongado de psicotrópicos, especialmente benzodiazepínicos por mulheres de meia idade (ansiolítico) e por idosos (hipnótico); falta de planejamento familiar; ausência de creches e escolas públicas de tempo integral locais.

A partir de uma análise mais minuciosa dos nós críticos da saúde na unidade de saúde, constatou-se que o uso abusivo e crônico de benzodiazepínicos (BZD) em uma parte importante dos usuários. Frequentemente, há dificuldade em localizar nos prontuários dos pacientes o início das prescrições, a indicação inicial, presença de comorbidades psiquiátricas, monitoramento de dose/efeitos e tentativas de descontinuação da medicação. Deste modo, este foi o problema priorizado para este estudo, a fim de buscar formas de enfrentá-lo.

Os BZD foram introduzidos no início de 1960 e, por sua grande eficácia, relativa seletividade de efeitos, baixíssima toxicidade e menor capacidade de produzirem dependência, representaram um avanço considerável no tratamento farmacológico da ansiedade, justificando a denominação de drogas ansiolíticas (ORLANDI; NOTO, 2005).

Entretanto, apesar de sua relativa segurança e baixa toxicidade e de estudos mostrando a necessidade de indicação mais precisa para o controle da ansiedade e como adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, os BZDs continuam sendo prescritos de modo indiscriminado, tanto por psiquiatras quanto por médicos de outras especialidades (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

O uso excessivo dos benzodiazepínicos é observado em diversos países, independentemente do grau de desenvolvimento econômico e local de residência – urbana ou rural (FIRMINO et al., 2011). Nos Estados Unidos, mais da metade dos pacientes com prescrição de benzodiazepínicos fizeram uso por tempo superior a 12 meses, chegando a até cinco anos ou mais. O primeiro levantamento domiciliar realizado no Brasil referiu o uso dos benzodiazepínicos sem receita médica por 3,3% dos entrevistados (FIRMINO et al., 2012). Ribeiro e colaboradores (2007) observaram taxas de utilização superior a 10% em São Paulo e 21,3% em Porto Alegre.

Justificativas para o aumento da utilização desse medicamento encontram-se no estilo de vida atual, marcado por situações de estresse, aumento na síntese e comercialização de novas drogas, pela influência exercida por parte das indústrias farmacêuticas e até pela prescrição inadequada realizada pelos médicos (AUCHEWSKIET al., 2004). Há, portanto, diversos pontos falhos no processo de solicitação/indicação, prescrição e dispensação do medicamento. No estudo de Orlandi e Noto (2005) foram identificadas questões relacionadas à manutenção da prescrição de forma indiscriminada por parte dos médicos, falta de informação acerca das consequências do uso prolongado de BZDs por parte dos usuários e falta de orientação fornecida pelo farmacêutico na dispensação como fatores que perpetuam essa situação.

O consumo de ansiolíticos é mais prevalente entre trabalhadores com jornadas de trabalho longas, idosos, mulheres e em poliusuários de drogas (FILHO et al., 2011; ORLANDI; NOTO, 2013).

A mortalidade nos dependentes de BZDs é três vezes maior que na população geral, porém não se observa aumento significativo da mortalidade em pacientes dependentes de BZDs quando comparados com pacientes com similar grau de mortalidade (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

Apesar da segurança, os BZDs apresentam desvantagens tais como dependência, “anestesia emocional”, piora da memória e coordenação motora fina,

entre outros (SILVA, 2009). O risco de dependência aumenta com a dose e duração do tratamento (FORSAN, 2010). Já a ocorrência de síndrome de abstinência é provável naqueles pacientes que desenvolveram dependência e interromperam o uso abruptamente (SILVA et al., 2009).

A utilização indiscriminada das drogas psicotrópicas tem sérias implicações para a saúde dos usuários, além de muitas vezes desviar os já escassos recursos do orçamento familiar e do setor saúde que poderiam ser destinados a outro fim (OMS, 2001).

2 JUSTIFICATIVA

O uso prolongado de benzodiazepínicos está frequentemente relacionado aos problemas comuns da vida, à insônia e transtornos mentais como depressão e ansiedade. O uso indiscriminado destes fármacos – sem supervisão médica ou em quantidades/tempo superiores ao tido como ideal – tem crescido na última década. Apesar serem bem tolerados pela maioria dos usuários, os BZD possuem efeitos colaterais como sonolência, “anestesia emocional”, tolerância e dependência. Nesse sentido, o uso indiscriminado de BZD ganham importância no âmbito da saúde pública (SOUZA, OPALEYE, NOTO, 2013).

Este trabalho se justifica pela situação percebida no início de 2014 no PSF I – Darcy Barra, na qual o uso de psicotrópicos apresenta-se de forma elevada e, em muitos casos, com sinais de tolerância e dependência. Alguns pacientes fazem uso da medicação há mais de cinco anos. Desta forma, após a discussão do assunto com a equipe, este trabalho foi proposto com o intuito de sugerir um plano de intervenção para abordar localmente a questão do uso abusivo de BZD.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de intervenção para proporcionar a descontinuação do uso indiscriminado de benzodiazepínicos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Pesquisar aspectos farmacológicos da classe dos Benzodiazepínicos;
- Elaborar propostas terapêuticas para redução do uso indiscriminado de BZDs na Unidade Básica de Saúde envolvendo abordagens educativas para população e profissionais e maior participação da administração local.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste na elaboração de um plano de intervenção para abordar a questão do uso indiscriminado da BZD, visando a descontinuação da medicação pelos usuários do PSF Darcy Barra no município de Rio Pomba, MG. O levantamento dos dados para diagnóstico situacional foi feito em 2014, a partir do qual foi possível identificar o problema do uso indiscriminado de BZD e entender melhor os desafios enfrentados pela equipe e características da população local.

Para tornar possível esta intervenção foram planejadas algumas estratégias no atendimento de pacientes com necessidade de descontinuação de BZD, além de estratégias para enfrentamento de outros problemas levantados. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

As informações foram obtidas a partir do contato diário com os pacientes, nas reuniões em equipe e com a Secretaria Municipal de Saúde.

Para a construção deste trabalho foi feita uma revisão de trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados: SciELO, ScienceDirect e BVS. Os descritores utilizados foram benzodiazepínicos, atenção básica, uso indiscriminado. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como livros de referência no assunto foram selecionados conforme sua relevância. Ademais, foram utilizados dados disponibilizados na internet pelo município, Estado e União.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 HISTÓRIA

Segundo Rang et al (2011), o primeiro BZD descoberto foi o Clordiazepóxido, sintetizado acidentalmente em 1961. Sua atividade farmacológica ainda não conhecida foi observada em um procedimento de triagem de rotina e em pouco tempo os BZD se tornaram os fármacos mais amplamente prescritos.

Os benzodiazepínicos foram amplamente prescritos no tratamento dos transtornos ansiosos durante toda a década de 1960, como uma opção segura e de baixa toxicidade. Entretanto, a empolgação inicial deu lugar a preocupação com o consumo ao final da mesma década: pesquisadores começaram a detectar potencial de uso nocivo e risco de dependência entre os usuários de tais substâncias (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

Atualmente, os BZD possuem indicações precisas para controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, porém continuam sendo prescritos de modo indiscriminado por médicos de diversas especialidades (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

5.2 FARMACODINÂMICA E INDICAÇÕES

Os benzodiazepínicos agem seletivamente nos receptores GABA_A, potencializando seu efeito inibitório no sistema nervoso central, atuando principalmente no sistema límbico (unidade responsável pelas emoções) (RANG et al,2011).

Embora haja variabilidade na absorção entre os diversos BZD, todos são altamente lipossolúveis permitindo completa absorção e rápida penetração no sistema nervoso central após a ingestão oral (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

A metabolização dos BZD se dá por via hepática e são eliminados como conjugados de glicuronídeo na urina. O clordiazepóxido é ostensivamente metabolizado. Já o lorazepam e o oxazepam são conjugados diretamente, demandando pouco trabalho hepático e, portanto, mais indicados para os idosos e hepatopatas (GORENSTEIN; POMPEIA, 1999). Estes medicamentos são classificados conforme com sua meia-vida plasmática. O tempo de meia-vida é importante no momento da prescrição, uma vez que os com meia-vida curta são mais úteis como hipnóticos e os de meia-vida longa são mais indicados como ansiolíticos e anticonvulsivantes (RANG et al., 2011).

Os principais efeitos farmacológicos dos BZD são: redução da ansiedade e da agressão, sedação e indução do sono, redução do tônus muscular e coordenação e ação anticonvulsivante. Estas propriedades podem ser maiores ou menores de acordo com o BZD utilizado (CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006).

Frequentemente os médicos banalizam o uso dos BZD quando a finalidade é ansiolítica, contribuindo para seu abuso e dependência. Embora sejam fármacos muito eficientes em quadro agudos de ansiedade, o uso permanente não é recomendado em caso de transtornos de ansiedade crônica. Na maioria dos casos a medicação pode ser introduzida no início do tratamento da ansiedade ou em momentos de piora eventual do quadro, mas é importante que seja associado com um antidepressivo, substância que também apresenta ação ansiolítica sem gerar a dependência física ou problemas cognitivos em longo prazo (PEREIRA et al, 2013).

5.3 EFEITOS COLATERAIS

Apesar de geralmente bem tolerados, como quaisquer drogas, os BZD possuem efeitos colaterais, principalmente nos primeiros nove dias de uso. De modo que os pacientes devem ser orientados a não realizarem tarefas capazes de expô-los a acidentes, tais como conduzir automóveis ou operar máquinas. Alguns efeitos são (RANG et al., 2011; CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006):

- Sonolência excessiva diurna (“ressaca”);
- Piora da coordenação motora fina;
- Piora da memória (amnésia anterógrada);
- Tontura, zumbidos;
- Quedas e fraturas;
- Reação Paradoxal: Consiste de excitação, agressividade e desinibição, ocorre mais freqüentemente em crianças, idosos e em deficientes mentais;
- “Anestesia emocional” – indiferença afetiva a eventos da vida;
- Idosos: maior risco de interação medicamentosa, piora do desempenho psicomotor e cognitivo (reversível), quedas e risco de acidentes no trânsito;
- Risco de Dependência 50% dos que usaram por mais de um ano chegaram a usar por 5 a 10 anos.

Em relação ao tempo de uso mesmo quando em doses baixas e se prolongado pode induzir a prejuízos persistentes nas funções cognitivas e psicomotoras como os descritos acima (RANG et al., 2011).

A tolerância, decorrente de aumento progressivo da dose para produzir o efeito esperado, ocorre com todos os BZD, assim como a dependência. Embora o mecanismo de tolerância não esteja bem elucidado parece acontecer por mudança

em relação aos receptores (RANG et al., 2011; NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

Em indivíduos saudáveis e em pacientes em uso crônico, a suspensão abrupta pode causar aumento da ansiedade associado com tremores, tonturas, perda de peso e sono perturbado devido ao aprofundamento do sono REM. A recomendação é que a retirada seja gradual de modo a evitar a síndrome de abstinência que pode ser grave (RANG et al., 2011; CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006).

Os médicos e equipe assistente devem ficar atentos para evitar o efeito da dependência através de doses mínimas necessárias pelo período mais curto possível. Essa medicação deve ser evitada em casos de pacientes com histórico ou propensão à drogadição (AUCHEWSKI, 2004).

5.4 USO INDISCRIMINADO

Alguns estudos referem diversos fatores que levam à prescrição inadequada de BZD. Em um estudo realizado na Noruega os médicos alegaram que essa é uma das tarefas mais solicitadas e desconfortáveis que exercem, já que de alguma forma têm a sensação de estarem praticando algo errado. As justificativas apresentadas para a continuação da medicação foram: pacientes que já chegaram fazendo uso de BZD receitadas por outros médicos, não querer interferir no direito de escolha do paciente, acham adequado dar um “alento” à vida dos pacientes, dificuldade em negar receitas e a prática comum de repetição de receitas sem contato com o paciente (OMS, 1998 apud CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006).

Em um levantamento domiciliar realizado por Noto (2002) em 2001, 3,3 dos entrevistados afirmaram uso prévio de BZD sem receita médica. Em estudo transversal realizado por Mattioni (2005) observou-se prevalência de quase 11% no uso deste tipo de fármaco, sendo mais de 70% mulheres entre 50 e 59 anos. Em relação ao tempo de uso, a maioria (58,6%) utilizou por mais de dois anos.

Observa-se com os estudos que a irracionalidade no uso de BZD é uma prática comum entre médicos que, muitas vezes, não apresentam conhecimento necessário tornando a prescrição um ato acrítico e desbalanceado.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 PASSO UM: DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

Os principais problemas levantados na unidade são:

- Deficiência de saneamento básico (água tratada, rede de esgoto, acúmulo de lixo em terrenos vazios);

- Baixa adesão aos grupos de educação para a saúde;

- Alta prevalência de portadores de agravos crônicos;

- Alta incidência e prevalência de agravos agudos de saúde em crianças que, ao menos em teoria, deveriam ser minimizados pela presença de saneamento básico;

- Uso abusivo e prolongado de psicotrópicos, especialmente benzodiazepínicos, principalmente por mulheres de meia idade (ansiolítico) e por idosos (hipnótico);

- Falta de planejamento familiar;

- Ausência de creches e escolas públicas de tempo integral locais.

6.2 PASSO DOIS: PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

Priorização de problemas enfrentados pela equipe				
Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Uso abusivo de BZD	Alta	6	Parcial	1
Alta prevalência de portadores de agravos crônicos	Alta	6	Parcial	2
Falta de planejamento familiar	Alta	4	Parcial	4
Deficiência de saneamento básico	Alta	5	Fora	5
Alta incidência e prevalência de agravos agudos de saúde em crianças	Alta	5	Parcial	3
Baixa adesão aos grupos de educação para a saúde	Média	4	Dentro	4
Ausência de creches e escolas públicas de tempo integral locais	Média	3	Fora	5

Fonte: autoria própria a partir do diagnóstico situacional.

* Foram distribuídos 36 pontos

6.3 PASSO TRÊS: DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

É observado na unidade um número expressivo de usuários em uso crônico de BZD e em doses abusivas. Entretanto, não é fácil fazer o levantamento mais detalhado das informações por falta de dados nos prontuários como indicação inicial da droga, dificuldade de rastreamento dos usuários em uso desse grupo medicamentoso nas farmácias da cidade e mesmo na farmácia de dispensação central. Conforme os relatos dos próprios usuários o uso foi iniciado por indicação profissional, por solicitação a algum médico (dentro ou fora do serviço) ou adquirido com amigos/parentes que faziam uso. O uso que deveria ser racional e apenas momentâneo passou a ser crônico.

6.4 PASSO QUATRO: EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Justificativas para o aumento da utilização de BZD encontram-se no estilo de vida atual, marcado por situações de estresse e redução progressiva da sociedade em tolerar o estresse, aumento na síntese e comercialização de novas drogas, pela influência exercida por parte das indústrias farmacêuticas e até pela prescrição inadequada realizada pelos médicos. Os motivos apresentados na maioria das vezes foram insônia e ansiedade.

Na maioria dos casos, a insônia poderia ser em decorrência de maus hábitos de vida e falta de higiene do sono. Algumas medidas simples poderiam solucionar o problema, tais como determinar um horário para deitar; preparação do ambiente para dormir; limitar a ingestão de estimulantes do sistema nervoso após as 18h (chá verde, chá preto, chá mate, café, álcool); limitar o tamanho das porções de alimentos na última refeição noturna; banho morno e música relaxante.

Quanto à questão da ansiedade, a Unidade de Saúde objeto desta intervenção não foge à regra do cenário atual: medicalização do sofrimento e da dificuldade em lidar com situações de vida cotidianas. Buscar ajuda psicossocial, praticar atividade física e técnicas de relaxamento, ter hábitos alimentares saudáveis, promover períodos de lazer com amigos e familiares, estabelecer prioridades na vida e outras ações podem aliviar os sintomas.

6.5 PASSO CINCO: NÓS CRÍTICOS

- Estilos de vida inadequados;
- Falta de recursos e/ou ferramentas na comunidade;
- Prescrição indiscriminada;
- Falta de informação;
- Pressão social;
- Tempo de uso dos BZD prolongado.

6.6 PASSO SEIS: DESENHO DAS OPERAÇÕES

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Estilos de vida	Promoção de saúde: higiene do sono; mudança de hábitos cotidianos; estabelecer prioridades	Melhora do tempo e da qualidade do sono; redução da ansiedade	Programas de caminhada, alimentação saudável, promoção de espaços para diálogo	Cognitivo: informações Organizacional: mobilização da equipe; espaço para a realização das atividades programadas. Financeiro: folhetos, recursos audiovisuais; equipamentos para atividade física. Político: mobilização da comunidade
Falta de recursos na comunidade	Promoção da qualidade de vida: Oferecer mais espaços de lazer; creches e escolas públicas locais	Melhora da qualidade de vida	Centros de esporte/lazer, centros de cultura, NASF, creches e escolas públicas	Organizacional: mobilização da equipe; criação de espaços comunitários para as atividades. Financeiro: investimentos públicos. Político: mobilização da comunidade e dos gestores.
Pressão social	Melhorar oferta de emprego e recursos locais; ações de orientação sobre planejamento familiar	Redução de desemprego e taxa de natalidade	Programas de aprimoramento profissional e geração de emprego; rede de creches e escolas	Cognitivo: informações Organizacional: elaboração de projetos. Financeiro: recursos públicos e de instituições privadas para financiamento de projetos. Político: mobilização da comunidade e dos gestores
Falta de informação e prescrição indiscriminada	Aumentar nível de informação sobre os riscos de uso abusivo dos BZD; prescrição racional	População mais informada; melhoria técnica das prescrições	Avaliação do nível de informação da população; Receitas com indicação de tipo, dose e tempo de uso + avaliação periódica	Cognitivo: conhecimento técnico com elaboração de protocolos e sobre estratégias de comunicação Organizacional: acompanhamento por parte da equipe e mudança de paradigmas. Político: articulação intersetorial
Atenção aos usuários em uso	Descontinuação gradual do	Descontinuação gradual do	Receitas racionais,	Cognitivo: conhecimento técnico com elaboração de protocolos e

crônico de BZD	medicamento	medicamento + informações aos usuários	usuários informados	grupos de apoio. Organizacional: acompanhamento por parte da equipe e mudança de paradigmas.
----------------	-------------	----------------------------------------------	------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

6.7 PASSO SETE: RECURSOS CRÍTICOS

<i>Operação</i>	<i>Recurso crítico</i>
Promoção de saúde	Cognitivo: informações que promovam mudança de hábitos de vida
Articulação	Organizacional/político: matriciamento da psiquiatria e psicologia; articulação entre os serviços de saúde e fora da saúde que sirvam de apoio.
Aumentar nível de informação	Cognitivo: conhecimento técnico profissional e sobre estratégias de comunicação
Prescrição racional	Cognitivo: mudança de atitude profissional
Descontinuação	Cognitivo: aceitação e colaboração do paciente

6.8 PASSO OITO: VIABILIDADE

Operação/projeto	Recurso crítico	Ator que controle	Motivação	Ação estratégica
Promoção de saúde	Cognitivo: informações que promovam mudança de hábitos de vida	Equipe de saúde + usuário	Favorável por parte dos profissionais; parte dos usuários favorável e parte indiferente	Grupos educativos na unidade e fora dela.
Articulação	Organizacional/político: matriciamento da psiquiatria e psicologia; articulação entre os serviços de saúde e fora da saúde que sirvam de apoio.	Prefeitura e secretaria municipal de saúde; redes sociais de apoio, como igrejas.	Favorável	Apresentar proposta
Aumentar nível de informação	Cognitivo: conhecimento técnico profissional e sobre estratégias de comunicação Político: articulação com Sec. Educação	Secretaria de educação e equipe de saúde	Favorável	Apresentar projetos de apoio; grupos educativos
Prescrição racional	Cognitivo: mudança de atitude profissional	Médicos e farmacêuticos envolvidos na dispensação	Majoria favorável	Remanejamento farmacoterapêutico
Descontinuação	Cognitivo: aceitação e colaboração do paciente	Médico da UAPS com apoio da equipe	Favorável	Conscientização e grupos de apoio

6.9 PASSO NOVE: ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Operação/projeto	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Promoção de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da ansiedade e melhoria da qualidade do sono. - Aumentar a sensação de bem-estar e saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de caminhada, alimentação saudável, promoção de espaços para diálogo. - Centros poliesportivos e de lazer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Convites diretos e cartazes em locais estratégicos para chamar a população. - Contato com representantes políticos para investimentos e execução do projeto. 	Enfermeiro, médicos, ACS e apoio do NASF	<ul style="list-style-type: none"> - 2 meses para início das atividades; - 2 anos para avaliar resultados
Articulação	Organizacional/político: matriciamento da psiquiatria e psicologia; articulação entre os serviços de saúde e fora da saúde que sirvam de apoio.	Capacitação em saúde mental; sistema de referência e contra-referência	Discutir proposta em reunião com a Sec. Municipal de Saúde	Médico, farmacêutico da dispensação e coordenador da ABS	1 ano
Aumentar nível de informação	Cognitivo: conhecimento técnico profissional e sobre estratégias de comunicação Político: articulação com Sec. Educação	Avaliação sobre nível de informação sobre BZD; melhorar o nível de formação escolar		Médico e enfermeiro; Sec. de educação	<ul style="list-style-type: none"> - 2 meses para iniciar avaliação - 3 a 5 anos para as melhorias do sistema educacional
Prescrição racional	Cognitivo: mudança de	Prescrições coerentes	Prescrição racional, apoio	Médico e farmacêutico	1 mês para iniciar; 1 ano

	atitude profissional		da farmácia, mudança de paradigma		para avaliar
Descontinuação	Cognitivo: aceitação e colaboração do paciente	Informação e grupo de educativo de apoio	Modificação da prescrição com possível associação de drogas ansiolíticas/ hipnóticas não BZD	Médico e farmacêutico	1 mês para iniciar; 2 anos para avaliar

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi propor um plano de intervenção para a descontinuação do uso crônico e abusivo de BZD entre os pacientes de uma Unidade de Saúde em Rio Pomba-MG. Buscou-se sugerir ações que proporcionem a interrupção paulatina do uso de BZD e, conseqüentemente, melhoria no estado geral de saúde da população assistida. O plano elaborado indicou ações conjuntas entre a equipe de saúde, a rede social de apoio e setor público no sentido de fornecer ferramentas para a descontinuação do uso abusivo.

Seria interessante a consolidação na prática do projeto, visto que com as ações propostas vislumbra-se um cenário de acesso e uso racional dos medicamentos, adequação da receita e ações multidisciplinares e intersetoriais. Políticas de saúde mental focadas em questões já identificadas no município são capazes de estimular e promover nos profissionais práticas conscientes resultando em qualidade de vida para a população assistida.

8 REFERÊNCIAS

AUCHEWSKI, L.; ANDREATINI, R.; GALDURÓZ, J.C.F.; LACERDA, R.B. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev. Bras. de Psiquiatr.**, v.26, n.1, p.24-31, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de comunicação Social. **ABC do SUS**. 2ª Ed. Brasília (DF): MS, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: caderno 01. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica, 2000.

CARVALHO, A.L.; COSTA, M.R.; FAGUNDES, H. **Uso racional de psicofármacos**. Coordenação de Programas de Saúde Mental/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, v.1, abril-jun., 2006.

FILHO, P.C.P.T.; CHAGAS, A.R.; PINHEIRO, M.L.P.; LIMA, A.M.J.; DURÃO, M.A.S. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.15, n.3, p.581-6, 2011.

FIRMINO, K.F.; ABREU, M.H.N.G.; PERINI, E.; MAGALHÃES, S.M.S. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.6, p.1223-32, 2011.

FIRMINO, K.F.; ABREU, M.H.N.G.; PERINI, E.; MAGALHÃES, S.M.S. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.157-66, 2012.

FORSAN, M.A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais.

GORENSTEIN, C.; POMPEIA, S. **Farmacocinética e Farmacodinâmica dos benzodiazepínicos**. In: Bernik M. A. Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência. São Paulo: Edusp; 1999

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

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.

NOTO, A.R. et al. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.2, p.68-73, 2002.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Genebra: OMS, 2001.

ORLANDI, P.; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13 edição especial, p.896-902, 2005.

PEREIRA, A.A. et al. **Saúde Mental**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013.

RANG, H.P. et al. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

RIBEIRO, C.S.; AZEVEDO, R.C.S.; SILVA, V.F.; BOTEGA, N.J. Uso crônico de diazepam em unidades básicas de saúde: perfil de usuários e padrão de uso. **Medical J**, v.125, n.5, p.270-4, 2007.

ROSA, W.A.G.; LABETE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.6, p. 1027-34, 2005.

SILVA, D. M. C. **Avaliação do consumo de medicamentos psicotrópicos no município de Pacatuba**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização em Vigilância Sanitária). Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza.

SOUZA, A.R.L; OPALEYE, E.S.; NOTO, A.R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciência e saúde coletiva**, v.18, n.4, 2013.