

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

JOSÉ CARLOS JABUR CARDOSO JÚNIOR

**USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA IPORANGA, EM SETE LAGOAS/MG: PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

JOSÉ CARLOS JABUR CARDOSO JÚNIOR

**USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA IPORANGA, EM SETE LAGOAS/MG: PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

Projeto de pesquisa e intervenção apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista

Orientador: Prof^ª.Ms. Eulita Maria Barcelos

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2018

JOSÉ CARLOS JABUR CARDOSO JÚNIOR

**USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA IPORANGA, EM SETE LAGOAS/MG: PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Examinador 1 – Prof^ª: Ms.Eulita Maria Barcelos - orientadora

Examinador 2 – Profa. Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de abril de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os pacientes que utilizam ou utilizaram benzodiazepínicos e que, de alguma forma, conseguiram ou conseguirão se libertar de seu jugo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e aos meus pais.

À minha esposa e meus filhos pela sua ajuda e amor incondicional.

À minha orientadora Eulita Maria Barcelos, pela paciência e apoio oferecido.

“Nosso suor sagrado

É bem mais belo que esse sangue amargo”

Renato Russo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Estratégia de Saúde da Família Iporanga do município de Sete Lagoas, estado de Minas Gerais.....20

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” “Falta de conhecimentos dos pacientes sobre o medicamento e seus efeitos colaterais”. Estratégia de Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas – Minas Gerais..... 41

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” “Pouco acesso às consultas especializadas – psiquiatria. Estratégia de Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas, Minas Gerais.....43

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” “Poucas opções de lazer na localidade (ociosidade). Estratégia da Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas, Gerais.....45

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” Baixo nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre o medicamento e seus efeitos colaterais. Estratégia da Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas- Minas Gerais..... 46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

GABA – Ácido Gama Aminobutírico

BZD – Benzodiazepínico

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PES – Planejamento Estratégico Situacional

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

Os benzodiazepínicos são medicamentos indicados para redução da ansiedade, sedação, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e efeito anticonvulsivante, e quando prescritos de forma inadequada, causam efeitos colaterais negativos, dentre eles a dependência química e alterações de memória. Há um grande número de pacientes atendidos pela Estratégia Saúde da Família Iporanga, em Sete Lagoas, Minas Gerais que fazem uso de benzodiazepínicos há muito tempo, sem reavaliação médica ocorrendo apenas transcrição de receitas para obtenção do medicamento, Sendo isto um fato preocupante para equipe, que, em consenso, propõe elaborar um projeto de intervenção que possibilite a avaliação dos pacientes, a adequação e ou a retirada gradual dos benzodiazepínicos e sua possível substituição por medicamentos mais adequados ou terapias alternativas. A metodologia empregada inicialmente foi o diagnóstico situacional que permitiu levantar todos os problemas vivenciados pela comunidade dentre eles o uso de benzodiazepínicos sem passar pela avaliação médica simplesmente pela troca de receitas. A equipe, após discussões, elaborou de um plano de intervenção, utilizando o que é preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica, por meio de sítios eletrônicos e descritores em ciências da saúde, sobre o tema para subsidiar a elaboração do trabalho. Espera-se, com a implantação do plano de intervenção, que os pacientes deixem de usar os benzodiazepínicos e utilizem medicamentos com menos efeitos colaterais ou outras terapias alternativas.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Benzodiazepínicos. Dependência.

Planejamento situacional estratégico.

ABSTRACT

Benzodiazepines are medications indicated for anxiety reduction, sedation, muscle relaxation, anterograde amnesia and anticonvulsant effect, and when inadequately prescribed, cause negative side effects, among them chemical dependence and memory changes. There are a large number of patients who have used benzodiazepines for a long time, without medical reevaluation, occurring only transcription of recipes to obtain the drug, attended by the Iporanga Family Health Strategy in Sete Lagoas, Minas Gerais. This is a worrying fact for the team, who, in consensus, proposes to elaborate an intervention project that allows the gradual withdrawal of benzodiazepines from patients and / or their substitution by more appropriate drugs or other forms of therapies. The methodology used initially was the situational diagnosis that allowed to raise all the problems experienced by the community among them the use of benzodiazepines without going through the medical evaluation simply by the exchange of revenues. The team, after discussions, elaborated an intervention plan, using what is advocated by Strategic Situational Planning (SSP). It was necessary to carry out a bibliographical research, through electronic websites and descriptors in health sciences, on the subject to subsidize the elaboration of the work. It is expected, with the implementation of the intervention plan, that patients stop using benzodiazepines and use drugs with fewer side effects or other alternative therapies.

Key words: Family Health Strategy. Benzodiazepines dependence. Strategic situational planning

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Breves informações sobre o município.....	11
1.2 O sistema municipal de Saúde.....	16
1.3 A Equipe de Saúde da Família Iporanga: seu território e sua população.....	17
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	18
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo).....	19
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral	23
3.2 Objetivo específicos.....	23
4 METODOLOGIA	24
5 REVISÃO DE LITERATURA	26
5.1 Mecanismo de ação.....	26
5.2 Prescrição e indicação.....	27
5.3 Efeitos indesejados.....	30
5.4 Retirada de benzodiazepínicos.....	32
5.4.1 Substituição por benzodiazepínicos de meia-vida longa.....	33
5.4.2 Medidas não farmacológicas.....	33
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	37
6.1 Descrição do problema selecionado.....	37
6.2 Explicação do problema.....	38
6.3 Identificação dos nós críticos.....	39
6.4 Desenho das operações.....	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	55

1 INTRODUÇÃO

Sete Lagoas é um município que foi criado em 1867, a partir do desmembramento do território de Santa Luzia do Rio das Velhas – posteriormente, conhecida como Santa Luzia. É um local turístico que fica próximo à capital Belo Horizonte e, por isso, no que tange à saúde, possui facilidades em relação a outros municípios, quando necessita encaminhar pacientes para tratamento especializado (SETE LAGOAS, 2017).

A prefeitura de Sete Lagoas, por meio de sua Secretária Municipal da Saúde, fornece aos cidadãos o atendimento nas três esferas de atenção à saúde – primária, secundária e terciária.

Na Estratégia Saúde de Família (ESF) Iporanga, um dos principais problemas notados pela equipe é o grande número de pacientes que vão à unidade, há anos, somente para trocar a receita de benzodiazepínicos por outra para conseguir o medicamento sem passar pela avaliação do médico.

1.1 Breves informações sobre o município

Sete Lagoas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Grande polo industrial, localizado aproximadamente 72 quilômetros de Belo Horizonte, possuía uma população estimada de 232.107 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015). Sua área de influência abrange 38 municípios. (SETE LAGOAS, 2017)

O município possui uma com área de 537,639 km², apresenta relevo constituído por colinas suaves, côncavo-convexas e altimetria média entre 700 e 800 m. As cotas mais baixas situam-se no extremo-norte. Na Serra de Santa Helena, localizada a noroeste da cidade, encontra-se o ponto de maior altitude. Os terrenos possuem declividades que permitem a sua mecanização. Sete Lagoas se localiza na microrregião homônima, formada pelos municípios de Araçaí, Baldim, Cachoeira da Prata, Caetanópolis, Cordisburgo, Fortuna de Minas, Funilândia, Inhaúma, Jaboticatubas, Jequitibá, Maravilhas, Papagaios, Pequi, Santana de Pirapama e Santana do Riacho. (SETE LAGOAS, 2017)

Do ponto de vista geológico está enquadrada numa região de rochas do Grupo Bambuí, constituída de calcários cinzentos intercalados por mármore acinzentado (Formação Basal ou Sete Lagoas) e ardósias sobrepostas ao calcário (Formação Santa Helena).

Domina na área o clima tropical de altitude, com verões quentes e chuvosos e invernos secos. Estação chuvosa de outubro a março e estiagem de abril a setembro. O índice médio pluviométrico anual é de 1272 milímetros. Naturalmente, há anos mais chuvosos ou menos chuvosos em relação a

outros. Também têm ocorrido algumas variações desse tipo para cada mês em anos diferentes. O mesmo pode acontecer com relação às temperaturas médias mensais e anuais. Alguns anos podem ser um pouco mais quentes ou um pouco mais frios do que outros. (SETE LAGOAS, 2017)

No mesmo site foram encontrados dados sobre sua economia, os quais permitem afirmar que o município conta com diversas empresas e indústrias, que estão concentradas na extração de calcário, mármore, ardósia, argila, areia e na produção de ferro-gusa (65% da produção total em Minas). Fábricas de peças automotivas e linhas de montagem de caminhões e veículos de defesa também se fazem presentes. A cidade possui um total de 23 empresas siderúrgicas. A atividade industrial começou a sofrer com a grande recessão, com mais de 3 mil pessoas perdendo os empregos, 60% das guseiras paradas e a mais tradicional destas, a Siderúrgica Noroeste, fechando a fábrica após 58 anos no ramo. (SETE LAGOAS, 2017)

Tem o Shopping Sete Lagoas, com cerca de 140 operações, sendo quatro âncoras, seis megalojas, um cinema com quatro salas (1 em 3D), uma praça de alimentação para 540 lugares e estacionamento para 1.300 carros.

A cidade desponta como um grande polo comercial e industrial, aumentando gradativamente sua importância no crescimento do Estado de Minas Gerais. Existem em Sete Lagoas as seguintes fábricas: Ambev, Bombril, Elma Chips, Embrapa, Itambé Laticínios, Iveco, Caterpillar, Fábrica de Cimentos, Brennand e a Fábrica de tecidos Cedro Cachoeira. (SETE LAGOAS, 2017)

Como meio de transporte a população é atendida por duas empresas de transporte coletivo, sendo uma concessionária e a outra permissionária, contando com 30 linhas de ônibus adaptados para cadeirantes. Além disso, é atendida por diversas empresas de ônibus interurbanos que a interligam com os principais centros do país como Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Brasília, São Paulo, entre outros. Há também ônibus semiurbanos que ligam Sete Lagoas com as cidades próximas como Belo Horizonte, Prudente de Moraes, Baldim, Funilândia, Inhaúma, Cachoeira da Prata, Fortuna de Minas, Capim Branco, Jequitibá, Matozinhos, Pedro Leopoldo, Paraopeba, Caetanópolis, entre outras. (SETE LAGOAS, 2017)

No que tange ao turismo, o município integra o circuito turístico das grutas. A Gruta Rei do Mato fica a 62 quilômetros de Belo Horizonte (MG), pela BR-040, junto ao trevo de acesso a Sete Lagoas, cuja entrada para a gruta fica a cerca de 880 metros de altitude, possui um desnível de 30 metros, tem 235 metros de extensão e possui três salões cujas pinturas rupestres, datam de seis mil anos e mostram predominância de figuras monocrômicas e de temática zoomórfica. Suas formações de estalagmite, que são cilíndricas com o diâmetro de aproximadamente 12 pés de altura, segundo os geólogos, são raras no mundo.

Nenhuma gruta brasileira tem, em seu interior, formações como essas. Diversos órgãos governamentais, ligados ao meio ambiente, participaram do projeto de preservação e aproveitamento turístico da gruta. Projeto este que demorou mais de dois anos em sua execução. Foi um processo de urbanização e não, simplesmente um processo de acesso e iluminação. Os técnicos e cientistas que fizeram parte do projeto previram o que há de mais moderno em urbanização de grutas.

Na Grutinha, além de pinturas rupestres, feitas com sangue e gordura vegetal, foram encontradas soterradas, ferramentas indígenas petrificadas, em perfeito estado. Nela encontra-se, ainda, uma réplica, em resina, do *Xenorhinotheric* Bahiense - a macraoquemia - animal herbívoro que habitou Minas, Bahia e sul de São Paulo, há cerca de seis mil anos. O nome do local se deve ao fato de ter sido ela habitada por um homem solitário, louro, forte e cabeludo, de identidade ignorada, possivelmente fugitivo da Revolução de 30, que foi chamado de "Rei do Mato". (SETE LAGOAS, 2017)

Outro ponto turístico local apontado é a Lagoa Paulino, que se localiza no centro de Sete Lagoas e faz parte do complexo turístico da cidade juntamente com outras seis: Boa Vista, José Félix, Cercadinho, Matadouro, Catarina e da Chácara, tornando Sete Lagoas conhecida como a "Terra das Lagoas Encantadas".

Ao redor destas lagoas as pessoas fazem caminhada e se encontram, pois é rodeada de bares e lugares para diversão. Na Alameda Prefeito Euro Andrade, próximo à lagoa, é realizada uma feira de artesanato e comidas típicas. Ela acontece todas as sextas e sábados à noite.

Também descreve a Serra de Santa Helena, a qual também é conhecida como Serrinha, que se localiza a noroeste a 7 km do centro da cidade. O ponto mais alto atinge aproximadamente de 1.076 metros de altitude. Possui uma rampa para a prática de voo livre, sendo a modalidade mais comum o parapente. Em seu topo está a Igrejinha de Santa Helena e o cruzeiro, de onde se tem uma bela vista panorâmica da cidade. Outro atrativo da serra é o Parque da Cascata, com restaurantes, quadras de esportes, estacionamento e praia com lago artificial.

Na cidade existem dezoito paróquias pertencentes à Diocese de Sete Lagoas.

Além das Sete Lagoas que tornam a cidade um polo de atração turística, na Serra de Santa Helena, a quatro quilômetros do centro, está localizado o Parque da Cascata, numa área de 295 hectares de mata nativa, com reserva de fauna e flora, entremeada de trilhas românticas. Ali foi desenvolvido um amplo projeto turístico do qual constou a implantação de um lago com 450 metros de diâmetro cercado por uma praia artificial e por mata virgem. No interior da mata há uma trilha

cimentada que dá acesso a uma cascata com mirante, para que todos possam apreciar sua beleza. Neste local está sendo preservado um santuário ecológico. (SETE LAGOAS, 2017)

Outro parque que existe é o Náutico da Boa Vista. Este se compõe de um complexo poliesportivo, localizado na Lagoa da Boa Vista, no bairro do mesmo nome, que foi totalmente recuperada, recebendo nova figuração paisagística e ecológica. Ele ocupa uma área de 18 mil metros quadrados e é dotado de toda a infra estrutura necessária para atender cerca de oito mil pessoas.

Projeto do arquiteto Gregório Repsold, o parque oferece campos de futebol, pista de bicicross, duas pistas de skate em concreto, quadra poliesportiva, pista de patins, um mini zoológico com 20 viveiros, restaurante, três playground, quadras de vôlei e peteca, cinco ancoradouros para pedalinhas e barcos e uma ampla praça de eventos com palco. Sua pista de corrida para pedestres e ciclistas, tem 1.630 metros. (SETE LAGOAS, 2017)

No que se refere aos museus há dois: o do ferroviário e o histórico municipal.

O museu ferroviário preserva em seu interior várias ferramentas e objetos de época. Na área externa encontra-se em exposição, um antigo vagão de passageiros da extinta Rede Ferroviária Federal Sociedade Anônima (RFFSA) e duas pequenas locomotivas. (SETE LAGOAS, 2017)

O Museu Histórico Municipal está numa centenária casa. Denominada Fazenda Velha situada à Praça de Santo Antônio, foi construída depois que a Capela de Santo Antônio foi elevada a Matriz. A sua construção foi posterior a 1.841 quando Sete Lagoas ainda era um arraial. Sua destinação para museu histórico é providência mui digna de apreço. Por certo constituirá mais um ponto de atração turística nessa próspera e hospitaleira cidade sertaneja. Dentro dessa destinação histórica, o Museu serve como uma importante fonte de pesquisa para quem quer conhecer a história de Sete Lagoas, possuindo um acervo de informações, muitas vezes, não encontrado em outro lugar algum da cidade. (SETE LAGOAS, 2017)

Quanto ao esporte, um dos mais praticados é o voo-livre. É praticado na Serra de Santa Helena, o acesso é pavimentado até a rampa, que fica aproximadamente a 5 minutos do centro da cidade, tem um desnível em torno de 200 metros a 1000 metros do nível do mar, vento frontal predominante leste, com opção também oeste, porém sem acesso de resgate, proporciona clássicos voos Lifts de frente para cidade, com várias opções de pousos, inclusive na própria rampa que permite pousos seguros sem a presença de rotores, as fortes térmicas permitem ótimas condições para cross country. Há possibilidade de decolagens simultâneas. Sendo de setembro a novembro a melhor época para a prática do esporte. (SETE LAGOAS, 2017)

Há um estádio de futebol, “Joaquim Nogueira” ou “Arena do Jacaré” como é popularmente conhecido, e fica no Bairro Centenário. Tem capacidade para 20.500 pessoas e foi construído em 2006. (SETE LAGOAS, 2017)

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

No que se refere à saúde, a cidade de Sete Lagoas é polo-referência no acolhimento de pacientes graves, provenientes de todas as cidades da microrregião.

As instituições de saúde na atenção secundária que compõem a saúde mental e são destinadas a atender crianças e adolescentes são: Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), CAPS II e CAPS AD (álcool e drogas) – estes último atende adultos – além do Centro de Especialidades Médicas (CEM).

Ainda na atenção secundária conta-se com o atendimento de fisioterapia; o Laboratório Pedro Lanza; a Saúde Auditiva e o Centro Viva Vida – CVV.

Quanto a distribuição de medicamentos para a população, mediante receita médica, o município dispõe de 04 farmácias (02 populares I e II, além da Farmácia Central e Orozimbo).

No que se refere ao serviço de epidemiologia, conta-se com a Vigilância Sanitária, Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Centro do Controle da Dengue e a Rede Frio (conservação e distribuição de vacinas) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Na urgência e emergência (atenção terciária), há o Hospital Municipal, o Pronto Atendimento Belo Vale, a Unidade de Pronto Atendimento III e o Serviço de Atendimento Médico em Urgência (SAMU).

Quanto à Atenção Primária, esta é constituída de oito Centros de Saúde localizados em bairros distintos, ou seja, em 08 localidades diferentes e 47 Estratégias de Saúde da Família, perfazendo um total de 55 locais de atendimento de Atenção Primária. (ENDEREÇO DAS UNIDADES DE SAÚDE, 2017)

1.3 A Equipe de Saúde da Família Iporanga: seu território e sua população

Na ESF Iporanga, onde atuo, o número de pessoas atendidas é de 2631, sendo que a maior parte da população que ali vive é composta de pessoas na faixa etária de 15 anos ou mais (2300 pessoas) e 331 crianças.

A maioria da população é de classe baixa e/ou média, e possui nível médio de escolaridade, constituindo-se ali uma área de periferia, onde se obtêm o básico no que tange à educação, saúde e segurança pública. Vale dizer que Sete Lagoas é uma região de grandes contrastes entre riqueza e pobreza – uma ao lado da outra.

Na área de abrangência possui escola, mercearias, praças e uma quadra de esportes para atender a população e, infelizmente há poucas opções de lazer, além das festas religiosas nos templos e ou os jogos de futebol, na quadra de esportes. Apesar de Sete Lagoas, como descrito anteriormente, ter uma gama de opções de passeios e lazer, esta área do Iporanga é bem desprovida e as condições sócio econômicas não permitem a população de desfrutar das belezas da natureza.

A ESF Iporanga tem uma boa estrutura: sala de vacinas, sala de espera, consultório médico e de enfermagem, área com cozinha e mesa, além da sala do Núcleo de Assistência em Saúde da Família (NASF).

A equipe é composta por um médico, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e seis ACS e conta com os profissionais do NASF (psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e educador físico).

O horário de funcionamento da ESF Iporanga é de 07:00 às 17:00 horas. O atendimento, em sua maioria, é feito com agendamento, contudo 20% do número de consultas é destinado às demandas espontâneas – o que, por vezes, gera reclamação do usuário que, devido à cultura imediatista atual, reclama de ter que marcar e requerer consulta no momento em que adentra a unidade. Contudo, há um turno por semana destinado à visita domiciliar, à puericultura e pré-natal.

O público de maneira geral é composto por pessoas de meia idade que possui algum tipo de comorbidade, sobretudo a hipertensão.

Um dos principais problemas que ocorre entre os pacientes da unidade é o grande número de pacientes que usam benzodiazepínicos (BDZ) há muito tempo, sem reavaliação médica ocorrendo apenas transcrição de receitas para obtenção do medicamento.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A equipe de saúde realizou o diagnóstico situacional da área da abrangência com a finalidade de obter dados fidedignos sobre sua população bem como levantar todos os problemas que a população vivência e refletir como a equipe poderia interferir nestes problemas para ajudar a população.

Optou-se por utilizar o método de estimativa rápida que de acordo com Campos, Faria e Santos, 2010,p.36) “permite examinar os documentos existentes, entrevistar informantes importantes e fazer observações sobre as condições de vida da comunidade que se quer conhecer”.

De posse dos dados encontrados a equipe da ESF Iporanga reuniu para discutir os problemas que mais se apresentavam na população. Chegaram à conclusão que os problemas de maior incidência são:

- hipertensão arterial descompensada,
- grande número de crianças com menos de 2 anos que não fazem puericultura,
- grande número de consultas de demanda espontânea,
- grande número de pacientes que fazem uso de BDZ há muito tempo, sem reavaliação médica ocorrendo apenas transcrição de receitas para obtenção do medicamento

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Devido a falta de recursos humanos e financeiros da ESF Iporanga há necessidade de priorizar os problemas pela impossibilidade de enfrentá-los de uma só vez.

Corroborando com Campos, Faria e Santos (2010), que afirmam que todos os problemas precisam ser priorizados, é necessário a equipe reunir e analisar todos os problemas para verificar qual traz mais prejuízo para a saúde da comunidade e mais preocupação para a equipe.

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010) descrito no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (2010) a priorização foi realizada pela equipe utilizando os critérios para seleção: importância do problema (Alta, média ou baixa), sua urgência (distribuindo pontos conforme sua urgência, total dos pontos distribuídos até o máximo de 30), a própria capacidade da equipe para enfrentá-lo (definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo mesmo), a viabilidade e os recursos. Muitas vezes a equipe encontra problemas levantados onde o poder de resolução e governabilidade é baixa, ou seja, a equipe não tem condições por si só de resolvê-los, necessitando envolver outras instâncias públicas. A priorização está descrita no quadro 1.

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Estratégia de Saúde da Família Iporanga

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade	de Seleção/
-----------	-------------	----------	------------	-------------

			enfrentamento	Priorização
Grande número de pacientes que fazem uso de BDZ há muito tempo, sem reavaliação médica ocorrendo apenas transcrição de receitas para obtenção do medicamento.	Alta	10	Total	1
Grande número de consultas de demanda espontânea	Alta	8	Parcial	2
Hipertensão arterial descompensada	Alta	7	Total	3
Grande número de crianças com menos de 2 anos que não fazem puericultura	Média	5	Parcial	4

Fonte: Autoria própria

Campos, Faria e Santos (2010, p.26) descrevem que “de modo geral o problema pode ser definido como uma discrepância entre uma situação real e uma situação desejada ou ideal, podendo ser entendido como um obstáculo que impede determinado ato de alcançar seus objetivos”.

O primeiro problema gerou uma preocupação na equipe pelo fato destes medicamentos serem usados há bastante tempo pelos pacientes sem uma reavaliação médica, sua obtenção simplesmente pela troca de receitas.

Para Carvalho e Dimenstein (2004,p.122) existe

[...] uma concordância geral de que os BDZ devem ser usados no tratamento da ansiedade em curto prazo, não devendo exceder de dois a quatro meses, exceto em casos muito especiais. No entanto, o que se vê na prática, é a continuidade de um uso que vai além de uma finalidade específica e comum tempo indeterminado, em que o medicamento passa a ocupar um lugar fundamental e imprescindível na vida de muitos indivíduos.

Visto que o uso indiscriminado de BDZ por usuários pode causar grandes danos à saúde. Neste sentido a equipe decidiu que é necessário um plano de intervenção para tentar solucionar ou amenizar o problema, utilizando o desmame do medicamento, pela troca por outro medicamento ou a utilização de medidas alternativas.

O uso crônico de BDZ, na unidade, por usuários que só vão ali para renovar a receita, por anos é uma realidade na ESF Iporanga. Tal fato é notado, quando se renova receitas, visto que, por vezes, o número de usuários de BDZ supera o de anti-hipertensivos.

2 JUSTIFICATIVA

Com a realização do diagnóstico da ESF Iporanga foi possível notar grande número de renovações de receitas de BDZ. Também foi observado que não é realizado nenhum acompanhamento periódico dos usuários dessas drogas e nem são oferecidas outras alternativas, pois os pacientes sequer são ouvidos em suas queixas, não são avaliados e nem se nota se há a real necessidade da manutenção de tais medicamentos.

Considerando os vários efeitos colaterais que os BDZ provocam no organismo humano como capacidade de ocasionar mudança comportamental, dependência psíquica / física, resultando muitas vezes, em complicações pessoais e sociais graves, sobretudo quando utilizado de forma crônica, faz-se necessário um estudo que aborde o problema e, posteriormente, se faça um plano de intervenção que possibilite solucionar o problema.

Para a saúde pública o uso de BDZ tornou-se um problema de grande complexidade, visto que uma grande parte da população faz uso desse medicamento indiscriminadamente.

Diante dessa constatação do uso crônico e muitas vezes de forma equivocada de BDZ por um grande número de pacientes, a equipe toda decidiu elaborar um projeto de intervenção que possibilite o desmame dessa droga, reavaliando todos pacientes e iniciando novas prescrições, apenas quando houver indicações e monitorar estes pacientes. Portanto, esse projeto é uma tentativa de reduzir o consumo de BDZ, modificar essa realidade e garantir o acompanhamento multidisciplinar dos pacientes atendidos pela equipe da ESF.

3 OBETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção que possibilite a avaliação dos pacientes, a adequação e ou a retirada gradual dos BDZ e sua possível substituição por medicamentos mais adequados ou terapias alternativas.

3.2 Objetivos específicos

- Pesquisar sobre a farmacocinética dos benzodiazepínicos;
- Observar nos pacientes que utilizam benzodiazepínicos de forma crônica se apresentam efeitos colaterais.
- Discernir quais os pacientes que realmente precisam dos benzodiazepínicos e quais os que os utilizam para não ter crise de abstinência e também por comodidade;
- Propor uma alternativa medicamentosa e/ou não-medicamentosa para substituir os benzodiazepínicos na vida dos pacientes em abstinência.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho a metodologia utilizada inicialmente foi o diagnóstico situacional, que possibilitou a identificação dos problemas, depois realizou-se a priorização do problema e, a equipe propôs uma intervenção e a posterior solução do mesmo.

Posteriormente será utilizado o planejamento situacional estratégico (PES). O PES, segundo Durigan (2011,p.14) citado por Artmann (2000) é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida como no caso daqueles bem estruturados. É importante afirmar que, embora se possa partir de um campo ou setor específico, os problemas são sempre abordados em suas dimensões política, econômica, social, cultural, e em sua multissetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específicos e sua solução depende, muitas vezes, de recursos de outros setores e da interação dos diversos atores envolvidos na situação.

Segundo os autores a explicação situacional é sempre multidimensional e totalizante, ou seja, refere-se às múltiplas dimensões da realidade, exigindo uma visão interdisciplinar e multissetorial e deve adaptar-se ao plano setorial sem abandonar as outras dimensões e espaços de explicação.

Para Artmann (1993, p.6), a explicação situacional

[...]É dinâmica, articulando passado, presente e futuro, através do desvendamento dos processos causais, da expressão atual e da análise das tendências futuras. É ativa, pois cada ator busca com a explicação fundamentar sua ação. A situação está sempre referida a um ator, à sua própria explicação da realidade, mas inclui a explicação, o ponto de vista dos outros atores envolvidos. É, portanto, além de autorreferencial, também policêntrica. Deve ser rigorosa no sentido de buscar apreender as determinações essenciais, para além dos fenômenos aparentes e das causas imediatas e, portanto, não pode prescindir de um modelo teórico de leitura da realidade.

A apreciação situacional, ao contrário do diagnóstico tradicional, é um diálogo entre um ator e outros atores cujo relato é assumido por um dos atores de maneira inteiramente consciente do texto e contexto situacional que o faz participante de uma realidade conflitiva que admite outros relatos.

Assim, o problema é o uso de BDZ e os efeitos colaterais de quem os utilizam por muito tempo, sem reavaliação médica. Os atores são os profissionais que compõem a equipe de saúde e os pacientes. A ação será a retirada gradual dos BDZ e sua possível substituição por medicamentos mais adequados, num momento oportuno, sabendo que, nesse ínterim, ocorrerão conflitos, avanços e retrocessos, dependendo do caso.

Dessa forma, para a solução do problema, o primeiro passo a ser feito será realizar uma pesquisa em prontuário com os usuários de benzodiazepínicos, para saber há quanto tempo fazem uso e se já foram realizadas reavaliações quanto à manutenção, ou não, de seu uso.

Em seguida devem-se retirar gradualmente os benzodiazepínicos da população que faz uso crônico, para saber quais são aqueles que realmente precisam de tais medicamentos, daqueles que continuam com tais medicamentos por comodidade e/ou por adição.

Vale dizer que o plano de ação foi pactuado com a equipe e que o mesmo se baseia, sobretudo na linha guia das Associações Brasileiras de Psiquiatria e Neurologia sobre os BDZ – escrita em 2008.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Os BDZ são um grupo de drogas usadas, primordialmente, como sedativos, relaxantes musculares e antiepiléticos e estão entre os mais prescritos no mundo para essa finalidade. São drogas com efeitos ansiolíticos que começaram a ser utilizadas mundialmente na década de 60. Nos anos seguintes, na década de 70, foram observados em diversos países os primeiros casos de uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância, de síndrome de abstinência e de dependência pelos usuários crônicos de BDZ (MENDONÇA *et al.*, 2008).

O uso de ansiolíticos tornou-se um problema de grande complexidade na saúde pública, visto que atinge uma grande parte da população. (MENDONÇA *et al.*, 2008)

O fenômeno da medicalização não é um problema atual, vem de muitas décadas e ainda permanece nos dias de hoje, ocupando um lugar importante na atenção básica, onde, na maioria das vezes ocorre a prescrição e renovação de receitas para um determinado tratamento. Aliado à preocupação, está o fato de não existirem as consultas médicas (trocas de receitas) e estas, quando existem, muitas vezes resultam quase sempre numa prescrição, decorrente de uma visão limitada da saúde, para a qual o medicamento tornou-se a principal ferramenta. Há uma crença de que, se existe um problema, ele pode ser resolvido de maneira mais rápida e o medicamento ocupa o lugar da concretização dessa possibilidade, passando a estar vinculado ao bem-estar, à saúde ou mesmo à felicidade (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

A medicalização que não se restringe ao consumo de medicamentos, mas também "à elevada dependência em relação à oferta de serviços ou bens de natureza médico-assistencial e seu consumo intensivo" (BARROS, 1995, p.25 citado por CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

5.1 Mecanismo de Ação

Segundo Coelho *et al* (2017), os BDZ são medicamentos que possuem como mecanismo de ação a atuação sobre os neurotransmissores conhecidos como GABA – ácido gama amino butírico os quais são responsáveis pela inibição do sistema nervoso central. Além disso, os BDZ, possuem provável ação direta sobre o sono não REM (sono não repousante, que não é profundo). Tais medicamentos atuam se ligando aos receptores do GABA, abrindo os canais de cloreto e infundido ânions para dentro do neurônio, despolarizando a membrana.

Os BDZ, portanto, atuam com a finalidade de diminuir a ansiedade, controles de crises convulsivas, dilatação coronariana, relaxante muscular e sedação. (COELHO *et al*, 2017)

O primeiro medicamento da classe a ser descoberto, em 1957, foi o clordiazepóxido e, a partir, destes, forem inventados novos BDZ, baseados em maior ou menor tempo de ação, bem como variações nos potenciais de hipnose e sedação. (COELHO *et al*, 2017)

5.2 Prescrição e indicação

Bernik *et al* (1990), afirma que a prescrição de BDZ apresentaram níveis crescentes a partir dos anos 1960, alcançando um pico entre 1972 e 1974. Além disso, diz que diversos estudos apontam que quem mais os prescreve são clínicos gerais e que os pacientes que os consomem apresentam queixas relacionadas à ansiedade, depressão e distúrbios do sono.

Sobre os dias atuais a Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Brasileira de Neurologia (2013,p.3), relatam que

[...] Os BDZ são, então, responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos e estima-se que cada clínico tenha em sua lista 50 pacientes dependentes de BDZ, sendo que metade destes gostaria de parar o uso e, no entanto, 30% pensam que o uso é estimulado pelos médicos.

Coelho *et al* (2017) escreve que os BDZ tem indicação precisa, como no controle de crises de abstinência em etilistas, no controle de algumas epilepsias, na fase aguda, de crises ou em tratamento ambulatorial, além de serem drogas de escolha em alguns transtornos do humor, como ansiedade generalizada e síndrome do pânico (fase aguda).

Relata que a insônia é uma queixa frequente que aumenta com a idade e é mais prevalente em mulheres e que, por definição, a insônia é uma dificuldade de iniciar e manter o sono reparador. Assim, a abordagem inadequada de pacientes com insônia, não descartando causas médicas ou psiquiátricas, leva muitas vezes a uma não resolução do problema, acarretando um uso crônico de BDZ.

Consensos preconizam cautela na prescrição de BDZ em insônia e, em especial, em idosos. Sobre isso, de acordo com Chaimowicz (2010), os BDZ têm sobre os idosos efeito sedativo moderado ou forte, provocando, direta ou indiretamente, quedas e confusão mental, além de dependência e tolerância e, portanto, devem ser proscritos.

Os BDZ são de considerável eficácia tanto no controle da ansiedade, como co-adjuvantes na farmacoterapia de diversos transtornos psiquiátricos como Transtornos de Ansiedade, Psicóticos, do Sono, na Depressão, na Mania, e na Síndrome de Abstinência Alcoólica,

Segundo as duas associações citadas acima o uso de BDZ deve ser feito sob cuidados médicos e avaliado o custo benefício de tal prescrição, incluindo dose e tempo de uso. O uso prolongado deve ser evitado (mais de três meses), pois, este fato pode possibilitar o aumento de tolerância e dependência. Ademais, a literatura demonstra a sua baixa efetividade no tratamento de quadros de ansiedade, após quatro meses de uso contínuo.

Foscarini (2010) sugere que o tempo de uso dos BDZ seja apenas por algumas semanas. No entanto, existem muitos usuários que fazem o uso deles por meses, anos ou até décadas. Já existem estudos que demonstram que sua efetividade diminui com o tempo e o potencial para os efeitos colaterais permanece.

Importantes recomendações aos médicos, quanto a prescrição de BDZ são delineadas pela Comissão de Drogas e Narcóticos da United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), por meio da Resolução 44/13. Contribuição para o uso apropriado de BDZ – publicada no 1208th Meeting (UNODC, 2007), a qual abordam as seguintes questões:

- O médico deve fazer uma minuciosa investigação para justificar a sua prescrição;
- Identificar a indicação com muita exatidão e prescrever pelo menor tempo possível;
- A descontinuidade do tratamento é imprescindível.
- Usar as menores doses possíveis;
- O paciente deve-se receber todos os esclarecimentos quanto ao risco, principalmente para motoristas e operadores de máquinas;
- Deve-se esclarecer que o uso de álcool ou medicamentos psicotrópicos podem interagir com os BDZ.

O abuso pelo uso crônico está associado ao tratamento prolongado, em geral sustentado pela prescrição médica.

No que tange à dependência, Carvalho; Costa e Fagundes, (2017), relatam que a dose diária e o tempo de uso continuado de BDZ são fatores importantes para a de instalação de um quadro de dependência. Nesse sentido, a partir do 3º mês até o 12º mês de uso, o risco de dependência aumenta de 10 a 15% e, partir do 12º mês, de 25 a 40%.

Para Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Brasileira de Neurologia (2013, p.9) a tolerância, a dependência e a síndrome de abstinência são complicações do uso de BDZ. “A dependência é considerada uma das complicações mais graves e deve ser levada em conta pelo médico assistente.”

Assim, antes que o paciente comece a sofrer os sintomas de dependência aos BDZ, o que se deve fazer, segundo Nastasy (2017) é a sua retirada gradual.

Sendo esta uma técnica em que alguns médicos preferem reduzir um quarto da dose por semana. Já outros negociam com o paciente um prazo. Este gira em torno de 6 a 8 semanas. Os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e plausíveis de serem concluídos nas primeiras 2 semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a retirada satisfatória. É de grande valia oferecer esquemas de redução das doses por escrito, com desenhos dos comprimidos e datas subseqüentes de redução.

A Associação Brasileira de Psiquiatria e Neurologia (2013) recomenda além da retirada gradual, outra coisa que se deve fazer é substituir os BDZ por medicamentos com menos efeitos colaterais, no tratamento de distúrbios de ansiedade e insônia, sendo tais medicamentos preferencialmente, os pertencentes à classe dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina. Além disso, de acordo com a diretriz de tais associações, é importante informar ao paciente sobre o uso de medidas não farmacológicas no combate à insônia (exemplos: evitar cafeína exercícios físicos, assistir TV, alimentação mais leve à noite) e ansiedade (exemplos: oração, meditação, terapias são benéficas).

5.3. Efeitos indesejados

Em relação aos efeitos indesejáveis, segundo Chaimowicz; Ferreira; Miguel (2000), sabendo-se que com envelhecimento tem aumentado a prevalência das doenças neurodegenerativas e psiquiátricas nos idosos, então se deve ter a maior cautela ao prescrever psicotrópicos a pessoa idosa, pois podem ocorrer diversas reações adversas a medicamentos psicotrópicos, tais como quedas, fraturas, delírio, tonteira, confusão mental e sedação excessiva.

Passaro *et al*, (2000) complementam que uma das maiores causas de morte, morbidade e incapacidade entre os idosos são as quedas e fraturas. Como consequências trazem o medo de cair novamente, sequelas como imobilidade reduzida e podem reduzir a qualidade de vida mesmo não levando a danos maiores. O resultado pode ser uma Síndrome Pós-Queda caracterizada por ansiedade, redução das atividades físicas e sociais, falta de condicionamento e aumento dos riscos de internações.

Nos usuários de BDZ pode ocorrer diminuição da atividade psicomotora que compromete e coloca em risco à vida dos pacientes. Os grupos de riscos para o desenvolvimento destes problemas cognitivos incluem idosos e pacientes com angústia crônica (GRIFFITHS; JOHNSON *et al.*, 2005).

Quando o paciente usa os BDZ por um período prolongado pode ocorrer um aumento progressivo da dose que possibilita a manutenção do ciclo de tolerância e dependência dificultando a descontinuidade do tratamento (LONGO *et al.*, 2000).

Rang e Dale, em 2001, realizaram estudos bem controlados sobre descontinuação de uso de BDZ e encontraram sintomas de abstinência relevantes clinicamente. Os sintomas mais frequentes relacionados à suspensão de BZD foram:

- ⑩ Autonômicos (taquicardia e sudorese);
- ⑩ Espasmos musculares;
- ⑩ Distúrbios do sono (insônia);
- ⑩ Parestesias e hipersensibilidade ao som e luz;
- ⑩ Ansiedade e agitação;
- ⑩ Convulsões;
- ⑩ sintomas psicóticos (delírio)

Além desses efeitos principais, os BDZ podem produzir efeitos adversos de longa duração, como a dificuldade dos processos de aprendizagem e memória, chegando a produzir atrofia cerebral e Alzheimer. O uso dos BDZ pode provocar osteoporose possibilitando maior riscos a acidentes por quedas com fraturas espontâneas. Além disso, esse medicamento pode acelerar a sarcopenia, processo fisiológico que acontece nas pessoas com o envelhecimento e que caracteriza-se pela perda de massa muscular, principalmente nos membros superiores, inferiores e região glútea, atingindo os músculos bíceps, tríceps e quadríceps. Esses efeitos adversos podem ser muito prejudiciais para as pessoas que habitualmente utilizam essas drogas por tempo prolongado (MENDONÇA *et al.*, 2008).

5.4 A retirada dos benzodiazepínicos

A melhor técnica e a mais amplamente reconhecida como a mais efetiva é a retirada gradual da medicação sendo recomendada mesmo para pacientes que usam doses terapêuticas.

Quanto à retirada gradual, após a motivação do paciente, feita por meio de um processo firme e empático, é recomendável estabelecer um cronograma de retirada, com informações por escrito. Este cronograma deve respeitar o tempo de uso, comorbidades psiquiátricas (pacientes com Transtorno de Pânico e Transtornos de Personalidade são mais sensíveis ao aparecimento de quadros de abstinência) e a motivação do paciente. Geralmente a retirada da primeira metade da droga é mais fácil que a retirada da porção final. Assim, em média, é possível retirar os 50% iniciais em um intervalo de 15 a 30 dias, realizando a retirada dos 50% finais de modo mais paulatino. Processos de psicoeducação e psicoterapia podem ser recomendáveis, a depender da análise apurada de cada caso. Orientações e psicoterapia em grupo podem ser úteis na motivação do paciente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NEUROLOGIA, 2013 ,p.22).

5.4.1 Substituição por benzodiazepínicos de meia-vida longa

Para a Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Brasileira de Neurologia (2013), quando um paciente é dependente de BDZ de meia-vida curta, como por exemplo, o midazolam, o ideal é que, antes de retirar tal medicamento, se prescreva ao paciente um BDZ de meia-vida longa, para que o mesmo não sinta tão intensamente os efeitos da retirada. Assim, o médico deve substituir, por exemplo, o midazolam pelo clonazepam, sendo que o uso concomitante de tal substituição com o hidroxizine de 50 mg é de grande utilidade. Daí em diante, é só iniciar a sua retirada gradual tal como visto acima.

5.4.2 Medidas não-farmacológicas

O tratamento da dependência dos BDZ envolve uma série de medidas não farmacológicas, que melhoram as insônias, ansiedades e até mesmo a depressão.

De acordo com Berlim, Lobato e Manfro (2005), as intervenções não-farmacológicas tem como objetivo principal reduzir e/ou modificar fatores que interferem negativamente no sono, incluindo hábitos mal adaptativos, hiper estimulação cognitiva ou fisiológica e crenças disfuncionais. E, baseado em tal informação, relata que a maior parte dos pacientes com problemas de insônia se beneficiam com tais medidas. Estas são compostas, principalmente, por: higiene do sono, terapia de controle de estímulos, terapia de restrição de sono e terapia de relaxamento e de biofeedback.

A higiene do sono tem como intuito aliviar condições incompatíveis com o sono reparador e/ou evitar comportamentos que possibilitem a inquietação, bem como a estabelecer um hábito regular de sono. Para tanto, Maness ; Khan (2015,p.5) recomendam:

- Não realizar exercícios extenuantes imediatamente antes de deitar;
- Não ingerir bebidas alcoólicas imediatamente antes de deitar;
- Não ingerir bebidas que contenham estimulantes ou cafeína (e.g., chá preto, café, colas) após o anoitecer (ou antes desse horário no caso de uma maior sensibilidade individual); evitar o uso do tabaco após o anoitecer;
- O quarto de dormir deve ser silencioso, escuro e com temperatura agradável;
- Não ouvir música, ver programas de TV, filmes ou realizar leituras que excitantes, próximos ao horário de dormir;
- Ter um horário relativamente uniforme para deitar e levantar;
- Evitar o uso crônico de medicações para a insônia;
- Evitar longas sestas ou minimizar os cochilos diurnos
- Não falar ao telefone, assistir televisão ou fazer refeições na cama.

Entretanto, a despeito da higiene do sono ser usualmente executada na prática diária, não há evidências suficientes para recomendá-la como terapia única no manejo da insônia.

Quanto à terapia de controle de estímulos, esta se baseia no argumento de que a insônia piora ou se mantém através de uma resposta condicionada e mal adaptativa do paciente ao ambiente em que dorme e/ou à rotina associada ao ato de dormir. Tal resposta é consequência da dificuldade crônica que o paciente experimenta ao tentar iniciar ou manter o sono. Sendo assim essa terapia, na tentativa de solucionar o problema, propõe duas regras ao paciente: que ele só vá dormir, quando estiver sonolento; e não ficar frustrado, caso não consiga dormir – sendo que, quando isto acontecer, o paciente deve ir para outro ambiente e realizar práticas tranquilizantes (música calma, leitura, trabalhos manuais e oração, etc), até que o sono venha (BERLIM.; LOBATO; MANFRO, 2005).

A terapia de restrição de sono se baseia no fato de que o paciente só deve dormir e permanecer na cama se o mesmo, de fato, estiver com sono, caso contrário ele deve evadir do leito e realizar outra atividade. (BERLIM.; LOBATO; MANFRO, 2005).

Já a terapia de relaxamento e de biofeedback visa minorar a estimulação fisiológica e ou cognitiva que atrapalha o ato de dormir. Sendo que tal terapia é mais útil aos pacientes que têm dificuldade em iniciar o sono. Para isso, são utilizadas técnicas de relaxamento progressivo, biofeedback, auto hipnose, exercícios de respiração profunda e meditação. (BERLIM; LOBATO; MANFRO, 2005).

Em relação à ansiedade e estresse são infelizmente, experiências comuns para a maioria das pessoas. E podem causar diversos problemas na vida de quem sofre com eles. É essencial buscar formas de aliviar o estresse e a ansiedade para viver melhor. O uso de medicamentos é a forma de tratamento mais preferida pela população, mas infelizmente não resolve o problema em definitivo. O paciente deve aprender a lidar com suas dificuldades e fragilidades buscando alternativas como psicoterapias e mudanças de hábitos de vida. (BERLIM.; LOBATO; MANFRO, 2005).

Os tratamentos são pautados em remédios ansiolíticos, mas mudanças de hábitos podem sozinhas curar o problema. Uma rotina de exercícios físicos é boa para tudo, inclusive para reduzir o estresse e ansiedade. Exercícios cardiovasculares são comprovados que ajudam a baixar os níveis de ansiedade e estresse, e melhoram o sistema imunológico. Exercícios cardiovasculares significa acelerar os batimentos cardíacos por 30 minutos ou mais, em uma caminhada, corrida, dança ou algum esporte (ARAUJO *et al.*, 2007).

Vale dizer que há práticas e terapias alternativas que podem auxiliar no tratamento, e até mesmo curar, pessoas com transtorno de ansiedade e estresse.

ARAUJO *et al.* (2007) afirmam que a prática de exercícios físicos, por exemplo, são de grande valia para pessoas acometidas por distúrbios de ansiedade, uma vez que, ao praticá-los, a pessoa simula um momento de ansiedade, ao aumentar a frequência cardíaca, pressão arterial, lactato e frequência respiratória e, portanto, vai se adaptando gradativamente a tal tipo de situação.

Neste sentido, o exercício físico, por provocar alterações semelhantes às que o indivíduo experimenta durante o ataque de pânico, poderia ser o agente estressor que vai desencadear um processo biológico-psicológico de avaliação e preparo de reação (alterações fisiológicas), podendo, desta maneira, vir a contribuir para o tratamento psicoterápico de exposição gradual e sistemática por meio de treinamento físico específico, o que justifica a busca pelo entendimento dos mecanismos e efeitos psicofisiológicos do exercício físico sobre a ansiedade. (ARAUJO *et al.*, 2007, p. 4)

No que tange à depressão, é sabido que há uma tendência maior de tal patologia acometer sobretudo as pessoas idosas. Além disso, de acordo com Matsudo *et al.* (2000), o fato de não realizar atividades físicas pode piorar um quadro depressivo e, portanto, a realização das mesmas previnem e ou amenizam pessoas acometidas com tal doença. Assim

[...] os estudos epidemiológicos confirmam que as pessoas moderadamente ativas, fisicamente, têm um risco menor de desordens mentais que as sedentárias. As evidências clínicas sugerem também que o exercício aeróbico moderado realizado pelo menos três vezes por semana por 20 minutos ou mais pode ter um efeito no tratamento coadjuvante nas desordens da ansiedade e humor. Vários fatores psicológicos influenciam portanto os efeitos antidepressivos e ansiolíticos do exercício (MATSUDO, 2000, p. 14)

Na fase manutenção sem BDZ segundo Nastasy (2017) o paciente deve receber reassseguramento da capacidade de lidar com estresse sem os BDZ bem como ênfase na melhora da qualidade de vida. Deve-se oferecer apoio psicossocial, treinamento de habilidades para sobrepujar a ansiedade, psicoterapia formal e psicofarmacoterapia de estados depressivos subjacentes.

Ajudá-lo a distinguir entre os sintomas de ansiedade e abstinência e oferecer suporte por longo prazo.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Plano de ação é considerado uma ferramenta para solucionar integral ou parcialmente um problema prioritário e que possibilita estabelecer uma articulação entre o mesmo que é imediatista e aquele voltado para o futuro, permite uma ação participativa interdisciplinar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para elaborar este plano foram seguidos os passos preconizados no PES. A equipe considerou favorável a sua viabilidade. Os passos 1 e 2 (identificação dos problemas e priorização dos problemas) foram apresentados na introdução do trabalho.

6.1 Descrição do problema

“Descrever um problema é caracterizá-lo para saber a sua dimensão e o que ele representa na realidade. Deve identificar o que caracteriza o problema inclusive sua quantificação” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.59). Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou de dados fornecidos pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e outros que foram produzidos por meio da observação e constatação dos fatos “pedidos repetitivos de trocas de receitas pelos pacientes para obtenção dos benzodiazepínicos”. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos.

Na ESF Iporanga além dos problemas citados acima o que chamou mais atenção foi a grande quantidade de renovação de receitas de BDZ, sem reavaliação médica ocorrendo apenas transcrição de receitas para obtenção do medicamento. Um dos fatores que pode predispor ao uso de BDZ é que na área de abrangência tem poucas opções de lazer para idosos e adultos de meia idade que ficam em casa tendo somente a televisão como fonte de distração. Diante disso os pequenos problemas tornam-se gigantes e chegam a ficar insuportáveis. Estas pessoas acabam ficando esgotadas de sempre fazerem a mesma coisa, e se sentem incapazes, sem forças para enfrentar pequenos revezes da vida aparecendo então a insônia, a ansiedade, humor deprimido, impaciência e assim e acabam dependentes dos BDZ e antidepressivos.

Muitas dessas pessoas sequer sabem exatamente o que tomam e quais os riscos envolvidos e colocam a sua integridade e saúde ao acaso da sorte.

Geralmente os BDZ são prescritos por médicos generalistas ou mantidos com renovação de receitas por longo período sem uma reavaliação periódica do paciente. Segundo Basquerote (2012) essas medicações devem ter seu uso restrito e por curto período de tempo, o uso abusivo pode trazer sérias consequências como alterações cardiovasculares e de memória .

Considerando os efeitos colaterais que podem surgir com o uso de BDZ por tempo indeterminado é recomendado que a sua prescrição deva ser racional e feita em condições apropriadas, com monitoramento cuidadoso e priorizando o vínculo médico-paciente. É essencial uma intervenção multidisciplinar, em que o paciente seja avaliado de acordo com uma perspectiva de saúde integral e que se pautem no bem-estar psicossocial do indivíduo.

Do número de pacientes com transtorno mental, cerca de 50% são usuários somente de BDZ.

6.2 Explicação do problema

Para Campos; Faria e Santos (2010, p.63) explicar é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. “Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas”.

No que tange ao uso de BDZ, sem reavaliação do médico, provavelmente, se dá pelo fato de parte da população sofrer de distúrbios do sono. Algo que ocorre devido no território ter poucas opções de lazer e pelo fato de alguns pacientes não terem uma ocupação, estarem desempregados e ou terem algum problema na família ou no trabalho.

É muito importante a equipe conhecer o território, suas condições socioeconômicas, seus valores e cultura para entender o processo saúde doença. Compreender o problema e levantar seus nós críticos, ou seja, suas causas para agir em cima da realidade dessa população e voltar a atenção para os determinantes do processo saúde doença. Claro que é muito importante identificar os motivos que levam a população a usar BDZ por períodos prolongados.

6.3 Identificação dos "nós críticos"

“Nós críticos” são aquelas causas que são consideradas as mais importantes na origem do problema e que merecem ser enfrentadas para solucioná-lo. As causas devem estar “dentro do espaço de governabilidade, do ator ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando” (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Diante do problema priorizado os nós críticos são:

- Falta de conhecimentos pelos pacientes sobre o medicamento e seus efeitos colaterais;
- Pouco acesso às consultas especializadas – psiquiatria;
- Poucas opções de lazer na localidade (ociosidade);

- O paciente não é avaliado pelo médico antes de pegar nova receita;

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

6.4 Desenho das operações

Após a identificação das causas consideradas mais importantes, ou seja, os nós críticos são necessários elaborar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema. Devem ser descritas as operações para o enfrentamento dos “nós críticos” e identificados os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS 2010).

Este passo é muito importante porque vai nomear os responsáveis por cada operação e estabelecer o prazo o cumprimento das ações. O gerente de cada operação é aquele que acompanha da execução de todas as ações definidas, “ele pode contar com o apoio de outras pessoas” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.73).

Os quadros 2,3,4 E 5 permitem uma visualização do problema e o desenho de operações traçadas para o enfrentamento de cada nó crítico.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1”: “Falta de conhecimentos dos pacientes sobre o medicamento e seus efeitos colaterais”. Estratégia de Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas – Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de conhecimentos dos pacientes sobre o medicamento e seus efeitos colaterais
Operação (operações)	<ul style="list-style-type: none"> -Aumentar o nível de informação dos pacientes usuários de BDZ sobre a importância do tratamento. -Informar aos usuários sobre os riscos do uso contínuo dos BDZ. -Discutir tratamentos alternativos. -Conscientizar o paciente que a avaliação do médico (consulta) é muito importante e necessária. -Encaminhar a psicologia quando necessário. -Atendimento de pequenos grupos de pacientes, quinzenalmente.
Projeto	Conhecendo os BDZ
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Pacientes mais empoderados de conhecimentos sobre o medicamento e sobre os efeitos colaterais do uso crônico de BDZ -Pacientes mais conscientes sobre o uso do medicamento. -Realização de palestras, elaboração e distribuição de panfletos educativos a população alvo abordando os riscos que as drogas podem trazer aos usuários. -Aulas dialogadas dando oportunidade para os pacientes exporem suas dificuldades e dúvidas.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Redução e ou ausência de uso crônico de BDZ pelos pacientes -Adesão dos pacientes as orientações médicas quanto à redução ou supressão do medicamento e tratamento alternativo. -Conscientização que o medicamento não pode resolver todos os problemas. -Diminuição do consumo de remédios controlados por meio de ajuda psicológica
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> -Estrutural: -organizar agenda para atender os grupos de pacientes. -uso do espaço da unidade de ESF para atendimento de pequenos grupos. -Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de comunicação. ---- Estudo e pesquisa sobre os BDZ

	<p>-Financeiro: para aquisição de material audiovisual</p> <p>-Político: apoio da Secretaria de Saúde e da equipe de ESF</p>
Recursos críticos	<p>-Estrutural: médico, enfermeira e psicóloga serão os coordenadores do projeto.</p> <p>Cognitivo: + conhecimento sobre estratégias de comunicação e estudo sobre os efeitos colaterais dos BDZ</p> <p>Organizacional: organizar agenda para atender o grupo de pacientes e organizar as atividades em equipe e material educativo.</p> <p>Financeiro: recursos audiovisuais, material didático, panfletos e campanhas educativas, recursos humanos e espaço físico.</p> <p>Político:+ articulação inter setorial e mobilização social</p> <p>Equipe se mobilizará para convidar os pacientes a participarem do projeto.</p>
Controle dos recursos críticos	Os recursos críticos serão controlados por todos os componentes da equipe de ESF
Ações estratégicas	Não há necessidade de usar nenhuma ação estratégica motivacional por que o projeto será apresentado e discutido com a Secretaria de Saúde e quanto ao médico, psicóloga e enfermeira estão suficientemente motivados.
Prazo	O projeto deve ser implantado em um mês
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	<p>Médico, enfermeira e psicóloga.</p> <p>É necessário desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.</p>
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A avaliação e monitoramento do projeto serão realizados pela equipe de saúde. O acompanhamento e avaliação de cada projeto serão mensal onde os gerentes vão expor suas facilidades e dificuldades e os resultados obtidos. Uma avaliação geral em 06 meses e uma avaliação total depois 01 ano para verificar se o objetivo foi o alcançado.

Fonte: Autoria própria

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2”: “Pouco acesso às consultas especializadas – psiquiatria”. Estratégia de Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Pouco acesso a consultas psiquiátricas
Operação (operações)	<p>-Garantir o acesso ao serviço de psiquiatria.</p> <p>-Estabelecer uma parceria entre CAPS e Estratégia de Saúde da Família Iporanga.</p> <p>-Propor um tempo certo para o retorno dos pacientes na Unidade de</p>

	<p>Saúde para monitorar o uso do medicamento.</p> <p>-Planejar as consultas e visitas domiciliares.</p> <p>- Planejar atendimento individual e em grupo com a psicóloga.</p>
Projeto	Mais Atenção à saúde mental
Resultados esperados	Garantir 100% de acompanhamento profissional (psiquiatra e psicóloga) para aos pacientes mais necessitados.
Produtos esperados	<p>Possibilitar o acesso do paciente da saúde mental às consultas psiquiátricas.</p> <p>Planejamento das consultas e visitas domiciliares.</p>
Recursos necessários	<p>Estrutural: uso do espaço da unidade de ESF</p> <p>Cognitivo: estudo e pesquisa sobre quais casos encaminhar, preferencialmente, ao psiquiatra.</p> <p>Financeiro: para aquisição de material audiovisual, folhetos educativos, etc.</p> <p>Político: apoio da Secretaria de Saúde e do NASF</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários levantarão caso a caso dos usuários de benzodiazepínicos. Posteriormente agendarão as consultas.</p> <p>Médico avaliará, caso a caso, para averiguar a necessidade da manutenção, substituição e retirada do medicamento e também a necessidade de encaminhamento ao psiquiatra.</p> <p>Cognitivo: orientação médica a cada paciente</p> <p>Político: equipe se mobilizará para criar duas manhãs e ou duas tardes no mês para atendimento somente a pacientes da saúde mental atendendo por micro áreas.</p> <p>Financeiro: contratação de mais psiquiatras pela prefeitura, bem como disponibilização de mais consultas.</p>
Controle dos recursos críticos	Recursos necessários para estruturação do serviço para um melhor atendimento aos pacientes usuários de benzodiazepínicos.
Ações estratégicas	<p>Médico, psicóloga e enfermeira (coordenadores do projeto) estão muito motivados. Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados.</p> <p>Apresentar o projeto ao coordenador do CAPS incentivar a parceria.</p> <p>Apresentação e discussão do projeto a Secretária de Saúde.</p>
Prazo	Segundo semestre de 2018.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das	Médico, enfermeira e psicóloga.

operações	É necessário desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A avaliação e monitoramento do projeto serão realizado pela equipe de saúde. O acompanhamento e avaliação serão mensal onde os gerentes vão expor suas facilidades e dificuldades e os resultados obtidos. Uma avaliação geral em 06 meses e uma avaliação total depois 01 ano para verificar se o objetivo foi o alcançado

Fonte: Autoria própria

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3”: “Poucas opções de lazer na localidade (ociosidade)”. Estratégia da Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas, Gerais.

Nó crítico 3	Poucas opções de lazer na área de abrangência
Operação (operações)	Propiciar mais oportunidades de lazer aos pacientes Solicitar a Secretaria de Saúde firmar parcerias com o SESC. Trabalhar juntamente com outros órgãos para ajudar na recuperação do paciente
Projeto	Lazer com saúde
Resultados esperados	Ocupação do tempo livre do paciente com atividades de lazer, artesanatos, atividades físicas e viagens. Diminuição do nível de ansiedade, interação grupal e como resultado diminuição do uso de benzodiazepínicos.
Produtos esperados	Redução e ou ausência de uso crônico de BDZ pelos pacientes
Recursos necessários	Estrutural: uso do espaço da unidade de ESF Cognitivo: estudo e pesquisa sobre práticas de lazer e relaxamento Político: articulação entre os setores da saúde e instituições que oferecem atividades recreacionais e ocupacionais(SESC) Organizacional : organizar as atividades ocupacionais e recreacionais para os pacientes com a colaboração do recreador físico Financeiro: compra de material esportivo. Político: apoio da secretaria de saúde e da equipe do NASF
Recursos críticos	Estrutural: médico e equipe do NASF utilizarão o espaço para reuniões com pacientes, a fim de promover práticas de lazer e relaxamento. Político: apoio da secretaria de saúde e da equipe do NASF.
Controle dos recursos	Médico, enfermeira, recreador físico e psicóloga.

críticos	
Ações estratégicas	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados. Apresentação e discussão do projeto a Secretária de Saúde.
Prazo	O projeto deve ser implantado em dois meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	médico e equipe do NASF
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Tal projeto será apresentado e dirigido pelo médico e equipe do NASF, o relatório de acompanhamento e avaliação serão apresentados à equipe, nas reuniões, as quais serão feitas mensalmente e, portanto, mês a mês serão feitas avaliações sobre o projeto.

Fonte: Autoria própria

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4”: “O usuário não é avaliado pelo médico antes de pegar nova receita”. Estratégia da Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas, Minas Gerais

Nó crítico 4	O usuário não é avaliado pelo médico antes de pegar nova receita.
Operação (operações)	<ul style="list-style-type: none"> -Organizar o processo de trabalho -Planejar com a equipe uma proposta de agendamento de 10 consultas semanais com essa população dependente de benzodiazepínico com a finalidade de avaliar e de pactuar o desmane. -Discutir com a equipe sobre as mudanças no atendimento do paciente usuário de benzodiazepínicos -Garantir 100% do atendimento dos pacientes usuários de benzodiazepínicos. -Agendar o retorno do paciente conforme necessidade. -Remarcar a consulta antes do término do medicamento. Esclarecer ao usuário a importância de ser avaliado pelo médico antes de pegar a nova receita. -Sensibilizar a população para mudar os hábitos.Motivá-los para participarem dos grupos educativos. -Preparar o paciente para o desmane do medicamento -Comunicar verbalmente e por escrita ao paciente sobre o dia e horário da nova consulta.
Projeto	Avaliação médica
Resultados esperados	Avaliação de todos os pacientes dependentes de benzodiazepínicos e pactuação do desmane.

Produtos esperados	Garantia de 100% de acompanhamento dos pacientes. Diminuição gradativa do uso de benzodiazepínicos pelo desmame.
Recursos necessários	Organizacional: organizar a agenda de modo a atender todos pacientes em um determinado tempo. Agendamento das consultas Cognitivo: comunicação verbal e escrita sobre a data da nova consulta pelo médico e agente comunitário Político: apoio do gestor
Recursos críticos	Organizacional: organizar o pacto do desmame Político: apoio do Gestor de Saúde Cognitivo: orientação médica a cada paciente
Controle dos recursos críticos	Médico e enfermeira
Ações estratégicas	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados
Prazo	O projeto deve ser implementado em dois meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A avaliação e monitoramento do projeto será realizado pela equipe de saúde. O acompanhamento e avaliação de cada projeto será mensal onde os gerentes vão expor suas facilidades e dificuldades e os resultados obtidos. Uma avaliação geral em 06 meses e uma avaliação total depois 01 ano para verificar se o objetivo foi alcançado

Fonte: Autoria própria

Pretende-se para execução deste projeto:

- Identificar os pacientes entre os usuários cadastrados assistidos na unidade de saúde;
- Levantar os pacientes que desejem participar dos grupos;
- Agendar a reunião com os pacientes e ACS para apresentação dos participantes e definição dos temas a serem discutidos a duração e os melhores horários;
- Explicação ao grupo da metodologia (círculos de cultura) a ser utilizadas nas sessões de educação em saúde;
 - Reunir quinzenalmente com pequenos grupos para discutir sobre vida saudável e esclarecer as dúvidas sobre a doença;
 - Usar jogos interativos para discutir os temas;

- Utilizar aulas dialogadas em que o paciente e os ACS tenham oportunidade de tirar as suas dúvidas e contar experiências;
- Programar caminhada orientada com educador físico;
- Dinâmica de animação: para incentivar aos participantes, a coesão do grupo, a reflexão e a construção coletiva de conhecimentos, a troca de experiências e a fixação do que foi aprendido.

As discussões em grupo de um tema serão sob a orientação de um facilitador permitindo a modificação dos comportamentos negativos, usando a delimitação de um tema, os pacientes são encorajados a expor seus problemas ou fazer perguntas, sendo feitas as conclusões entre os membros do grupo. Vale dizer que tal grupo será coordenado pela psicóloga e, por vezes, terá a participação do médico, para avaliar, a partir da discussão, em quais casos o paciente deveria ser acompanhado mais de perto, ser iniciado o uso de algum medicamento e ou ser encaminhado ao psiquiatra.

- Identificar os usuários com indicação de encaminhamento;
- Avaliar com mais critério os pacientes;
- Monitorar e avaliar os pacientes por toda a equipe de saúde.

Esperamos alcançar os objetivos propostos neste projeto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura nos mostra que o problema abordado é muito frequente nas Unidades de Saúde e os profissionais têm trabalhado com afinco para solucioná-los. O uso de BDZ pela população é preocupante por seus efeitos adversos e pelo ineficaz monitoramento pelas equipes de saúde. Seu uso decorre da falta de conhecimento dos pacientes acerca de informações sobre essas drogas, bem como de seu mecanismo de ação, indicação terapêutica, reações adversas, dependência e tolerância. Vale dizer que esse conjunto de informações importantes se faz necessário para um resultado terapêutico satisfatório para o paciente, com o mínimo possível de complicações.

É sabido que os BDZ são utilizados para distúrbios do sono, ansiedade e depressão, e muitos pacientes conseguem o receituário médico, sem passar por uma consulta, ou conseguem a medicação por meio de terceiros. Como qualquer droga que atua no sistema nervoso central, os BDZ têm reações adversas consideráveis, que podem deixar sequelas sérias na vida do paciente, por consequência de uso abusivo ou indevido.

Assim, mesmo que alguns saibam sobre os BDZ, foi possível concluir que os tais medicamentos continuam sendo utilizados pela população de maneira inadequada, principalmente por mulheres e idosos. Observou-se que falhas nas intervenções que têm como propósito a diminuição do uso abusivo dessas drogas continuam existindo, além do fácil acesso dos pacientes aos medicamentos controlados, espera-se com este projeto mudar nossa realidade.

As intervenções em educação em saúde e controle são fundamentais para melhorar a qualidade de saúde mental dessa população e diminuir o uso desnecessário e inadequado do medicamento. Usando a retirada gradual dos medicamentos (desmame) com avaliações periódicas, acompanhamento com a psicologia e alternativas não medicamentosas, pode-se reduzir ou mesmo se retirar totalmente o medicamento.

Nesse sentido, seria importante implementar ações e políticas públicas relacionadas a esses medicamentos para que os profissionais da saúde acompanhassem os pacientes e que estes se conscientizassem sobre o uso abusivo dos BDZ.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. *et al.* Transtornos de ansiedade e exercício físico. **Rev Bras Psiquiatr.**V.29,n.2: p.164-71. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v.29,n.2,p.15pdf>. Acesso em: 21 mar 2018;

ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. **Oficina Social** n. 3: Desenvolvimento Social. Rio de Janeiro. Coppe; UFRJ. 2000. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf>. Acesso em 29 nov 2017; in Durigan, L.R.G. O planejamento estratégico como ferramenta na gestão dos serviços de saúde. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde. Universidade Federal de Santa Maria- UFSM. Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul-

ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa). Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1993.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA e NEUROLOGIA . Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. **Projeto Diretrizes:** Rio de Janeiro, 2008. 10 p.

Disponível em:

https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf. Acesso em: 29 nov 2017;

BASQUEROTE, M. Benzodiazepínicos: causas para o uso e suas consequências na vida da população. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a distância. Resumo dos trabalhos de Conclusão de Curso. UFMG, 2012

BARROS, J. A. C. (1995). **Propaganda de medicamentos, atentado à saúde?** São Paulo: Hucitec. In CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000100014>. Acesso em: 29 fev. 2016.

BERLIM, T.B.; LOBATO, M.I.; MANFRO, G. G. Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia. **Psicofármacos: Consulta Rápida**; Porto Alegre, Artmed, 2005, p.385) Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Diretrizes%20para%20Insônia%20final.pdf>. Acesso em 21 fev 2018;

BERNIK, M. A.; SOARES, M.B. DE M.; SOARES, C. DE N.. Benzodiazepínicos padrões de uso, tolerância e dependência. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.48, n.1, p.131-137. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v48n1/20.pdf>. Acesso em: 10 jun 2017.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em 17 de junho de 2017;

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004. Disponível em: Acesso em: 29 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000100014>

CARVALHO, A.L; COSTA, M.R; FAGUNDES, H. Uso racional de psicofármacos. **CPSM/SMS** – Rio. V.1, n.1, p.6. 2006. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/289.pdf>. Acesso em nov 2017

CHAIMOWICZ, F.; FERREIRA, T.J.X.M; MIGUEL, D.F.A. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.6, dezembro, 2000.

CHAIMOWICZ, F. *et al.* **Saúde do Idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. Belo Horizonte, 2010. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3836.pdf>. Acesso em 29 nov 2017.

COELHO, F. M. S. *et al.* Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. **Grupo Editorial Moreira Júnior, Revista de Medicina**. São Paulo, v. 63, n. 5, p. 196-200, 2006. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3291. Acesso em: 10 jun 2017.

ENDEREÇO DAS UNIDADES DE SAÚDE. Disponível em: <https://pmsl.setelagoas.mg.gov.br/noticias-administracao/2-uncategorised/4161-relacao-saude-endereco>. Acesso em 29 nov. 2017.

FOSCARINI,P.T. **Benzodiazepínicos:uma revisão sobre o uso, abuso e dependência**. Trabalho de Conclusão de Curso Escola de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul .Porto Alegre..2010

GRIFFITHS, R.R.; JOHNSON, M.W. Relative Abuse Liability of Hypnotic Drugs: A Conceptual Framework and Algorithm for Differentiating Among Compounds. **Journal Clinical Psychiatric**. v.66, suplemento 9, p.31-41, 2005.

HISTÓRIA DE SETE LAGOAS. Disponível em: <http://setelagoas.com.br/component/content/article?id=41:historia>. Acesso em 25 abril 2018

LONGO, L.P; JOHNSON, B. Benzodiazepines: side effects, abuse risk and alternatives. **American Family Physician**, v.61, n.7, abril, 2000.

MANESS, D.L.; KHAN, M. Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia. **Am Fam Physician.**, v.92,n.12,p.1058-1064. 2015 Disponível em:<http://www.aafp.org/afp/2015/1215/p1058.html> Acesso em 20/outubro/2017

MATSUDO, S. *et al.* Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Rev. Brasileira Atividade física e saúde**, v.5, número 2, São Caetano do Sul, 2000.

MENDONÇA, R. T. *et al* Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. **Saúde soc.**v.17, n.2. São Paulo.Apr./June2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200010>. Acesso em fev 2018

NASTASY, H. *et al.* ; Abuso e uso de benzodiazepínicos. **Projeto Diretrizes – AMB e CFM**, 2008: Disponível em http://www.fmb.unesp.br/Home/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiquiatria/ViverBem/Consenso_benzodiazepinicos.pdf. Acesso em: 10 jun 2017.

PASSARO, A.; VOLPATO, S.; ROMAGNONI, F.; MANZOLI, N.; ZULIANI, G.; FELLIN, R. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: the GIFA study. *Journal of Clinical epidemiology*, v.53, p.1222-1229, 2000.

RESOLUÇÃO 44/13.Comissão de Drogas e Narcóticos da United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2007. Disponível em https://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf. Acesso em nov 2017

RANG, H. P.; DALE, M. M. RITTER, J.M. **Farmacologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

SETE LAGOAS. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Sete_Lagoas. Acesso em 29 nov 2017.