

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ADILSON JOSÉ DA SILVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA USO DE BENZODIAZEPÍNICOS
POR USUÁRIOS DA COMUNIDADE TUQUANDUBA DE MARECHAL
DEODORO- ALAGOAS**

**MACEIÓ - ALAGOAS
2017**

ADILSON JOSÉ DA SILVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA USO DE BENZODIAZEPÍNICOS
POR USUÁRIOS DA COMUNIDADE TUQUANDUBA DE MARECHAL
DEODORO- ALAGOAS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas

**MACEIÓ - ALAGOAS
2017**

ADILSON JOSÉ DA SILVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA USO DE BENZODIAZEPÍNICOS
POR USUÁRIOS DA COMUNIDADE TUQUANDUBA DE MARECHAL
DEODORO- ALAGOAS.**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas -orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Alfenas, em: 08/06/2017

**MACEIÓ - ALAGOAS
2017**

RESUMO

Este Plano de Intervenção foi realizado com vistas à aplicabilidade na comunidade de Tuquanduba em Marechal Deodoro-Alagoas, a qual está localizada na região metropolitana de Maceió. O principal efeito adverso do uso inadequado dessas drogas é a dependência. A rotina na equipe de saúde da família nos revela um total descontrole no tempo de uso dessas drogas, são pessoas que as utilizam há mais de 10, 20, 30 anos sem que lhes tenham oferecido nenhuma alternativa de enfrentamento do transtorno. A proposta de intervenção tem como objetivo propor um plano de intervenção com vistas ao uso consciente e adequado de benzodiazepínicos por usuários da comunidade de Tuquanduba em Marechal Deodoro-Alagoas. Para embasar o plano de ação foi realizada uma revisão bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e em documentos do Ministério da Saúde. Para a elaboração da proposta de intervenção foram seguidos os passos do planejamento estratégico situacional. Pretende-se com este projeto a busca de formação continuada para equipe sobre o tema; a promoção de um processo educativo na comunidade, principalmente com aqueles mais necessitados e a elaboração de medidas alternativas para o enfrentamento do problema.

Descritores: benzodiazepínicos. Saúde Mental. Ansiedade.

ABSTRACT

This Intervention Plan was carried out with a view to applicability in the community of Tuquanduba in Marechal Deodoro-Alagoas, which is located in the metropolitan region of Maceió. The main adverse effect of inappropriate use of these drugs is addiction. The routine in the family health team reveals a total lack of control over the time of use of these drugs, they have been using them for more than 10, 20, 30 years without having offered them any alternatives to cope with the disorder. The purpose of the intervention proposal is to propose a plan of intervention for the conscious and adequate use of benzodiazepines by users of the community of Tuquanduba in Marechal Deodoro-Alagoas. To support the action plan, a bibliographic review was carried out in the databases of the Virtual Health Library and in documents of the Ministry of Health. In order to elaborate the intervention proposal, the steps of the strategic situation planning were followed. The aim of this project is the search for continuous training for the team on the subject; The promotion of an educational process in the community, especially with those most in need and the elaboration of alternative measures to face the problem.

Descriptors: benzodiazepines. Mental health. Anxiety.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS Atenção Básica em Saúde

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

BZD Benzodiazepínicos

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

DM Diabetes Mellitus

ESF Estratégia Saúde da Família

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PSF Programa Saúde da Família

SUS Sistema Único de Saúde

UBSF Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Identificação do município.....	8
1.2 Histórico de criação do município.....	8
1.3 Descrição do município.....	8
1.4 Aspectos demográficos.....	9
1.5 A Comunidade de tuquanduba.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
4 METODOLOGIA.....	13
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

1.1 identificação do município

O município de Marechal Deodoro: faz parte da região metropolitana de Maceió distando 28 km da capital. De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) o município de Marechal Deodoro possuía à época 45.994 habitantes.

1.2 Histórico de criação do município

Marechal Deodoro surgiu, em 1611, como Vila da Madalena. Depois, teve o nome de Madalena de Sabaúna, Santa Maria Madalena da Lagoa do Sul, Alagoas do Sul e, mais tarde, simplesmente Alagoas, servindo de sede do governo da então província, de 1823 a 1838. Em 1633, o povoado foi atacado por holandeses que torturaram parte da população e incendiaram cerca de 100 casas. Em 1636, foi elevada à vila e, em 1711, à categoria de comarca. Em 1817, foi desmembrada da capitania de Pernambuco. Com a independência, passou à categoria de cidade pela lei de 8 de março de 1823 (IBGE, 2010).

1.3 Descrição do município

O município de Marechal Deodoro tem uma área geográfica de 331,682Km e uma concentração habitacional de 138,92hab/Km² com uma taxa de urbanização de 94,38%.Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 era de 0,642 conforme dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

No quadro 1 observa-se o crescimento do acesso da população a água encanada nos domicílios.

Quadro 1- Percentual de domicílio com água encanada em Marechal Deodoro-AL

ANO	1991	2000	2010
% de domicílio com água encanada	56,69	63,47	97,25

Fonte: PNUD, IPEA e FJP (2010).

No quadro 2 apresenta-se o crescimento do serviço de recolhimento de esgoto pela rede pública em Marechal Deodoro.

Quadro 2- Percentual de recolhimento de esgoto por rede pública em Marechal Deodoro-AL

ANO	1991	2000	2010
% de recolhimento de esgoto por rede pública	59,39	85,87	94,74

Fonte: PNUD, IPEA E FJP (2010)

As principais atividades econômicas do município são: cana-de-açúcar, a pesca, o coco e turismo (IBGE, 2010).

1.4 Aspectos demográficos

Quadro 3 - Aspectos demográficos Marechal Deodoro-AL-2010

Nº de Indivíduos	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60+	TOTAL
Área urbana	2115	1528	3423	6575	10379	7392	9607	1025	1362	43406
Área rural	121	155	172	207	183	253	622	550	325	2588
Total	2236	1683	3595	6782	10562	7645	10229	1575	1687	45994

Fonte Secretaria Municipal de Saúde de Marechal Deodoro, (2010)

1.5 A Comunidade de Tuquanduba

Tuquanduba está localizada na zona rural do município de Marechal Deodoro-Alagoas às margens da lagoa Manguaba, a atividade ocupacional local gira em torno da agricultura de subsistência, da pesca e do artesanato; conta com um Hotel fazenda, uma escola municipal, duas igrejas católicas e três evangélicas, um campo de futebol e um clube. Até o mês de junho de 2016, tínhamos no cadastro da Unidade Básica de Saúde um total aproximado de 2600 habitantes distribuídos em 580 famílias acompanhadas por uma Equipe de Saúde da Família (ESF) composta por seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois Serviços Gerais (sendo um desviado para cuidar do arquivo), um Médico do PROVAB, dois Técnicos de Enfermagem (sendo um desviado para cuidar da farmácia) e uma Enfermeira. Além da comunidade da Tuquanduba, temos vinculada à ESF a comunidade do SACO,

onde trabalham um Técnico de Enfermagem, um ACS, um servidor de Serviços Gerais e o Médico do PROVAB atende uma vez por semana.

Ao ser questionada, a população da comunidade de Tuquanduba que faz uso abusivo de benzodiazepínicos (BZD), demonstra pouca ou nenhuma informação a respeito do uso adequado dessas drogas. Além disso, nossa rotina nos revela um total descontrole no tempo de uso dessas drogas, são pessoas que as utilizam há mais de 10, 20, 30 anos sem que lhes tenham oferecido outras alternativas de enfrentamento para os transtornos. Por esse motivo é relevante propor um plano de intervenção com vistas ao uso consciente e adequado de BDZ por usuários dessa comunidade.

2 JUSTIFICATIVA

Os Benzodiazepínicos (BZD) são fármacos que possuem a capacidade de deprimir o Sistema Nervoso Central (SNC), sendo considerado o grupo mais utilizado no tratamento da ansiedade e insônia. Os principais efeitos dessa classe são: redução da ansiedade, sedação, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e efeito anticonvulsivante. Ao ser questionada, a população da comunidade de Tuquanduba que faz uso abusivo de BZDs, demonstra pouca ou nenhuma informação a respeito do uso adequado dessas drogas e, associa-se a isso, a ausência de outras opções terapêuticas e a indisposição dos profissionais em desestimular o uso.

Considerando os efeitos nocivos que uso abusivo de BZD pode causar na vida dos indivíduos, família e comunidade, é extremamente relevante pesquisas e projetos que visem a educação de como lidar com esse tema de forma a conduzir a medidas preventivas e reabilitadoras nos contextos em que tais drogas estão inseridas que, quase sempre, são desprovidos de medidas alternativas para o enfrentamento da ansiedade e outros transtornos.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Propor um plano de intervenção com vistas ao uso consciente e adequado de BDZ por usuários da comunidade de Tuquanduba em Marechal Deodoro-AL.

3.2 Específicos

Incentivar a equipe de saúde para realizar rodas de conversa e grupos terapêuticos sobre o uso abusivo e inadequado de BDZ;

Melhorar o acesso e garantir a qualidade no atendimento aos usuários de BDZ na unidade de saúde;

Envolver os usuários de BDZ para fazerem parte deste plano de intervenção em prol do uso consciente e adequado de BDZ;

Informar ao público alvo sobre os prejuízos do uso abusivo e inadequado de BDZ, buscando conscientizá-los de maneira que não cause introspecção nos mesmos de estigmas ou qualquer tipo de preconceito sobre o tema em questão.

4-METODOLOGIA

Esta proposta de intervenção foi elaborada a partir da observação local na comunidade de Tuquanduba no município de Marechal Deodoro-AL, onde atua a equipe de saúde responsável pela população da área adscrita. Considerou-se o contexto nas suas várias expressões: sociais, políticas, culturais e de saúde.

Este projeto foi elaborado seguindo o rigor da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) em conformidade com o explicitado por Campos; Faria e Santos (2010). Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional da comunidade em questão, a partir de reuniões com a equipe de saúde para o levantamento dos problemas vivenciados pela comunidade/indivíduo/famílias. Em seguida realizamos um plano de ação para os problemas diagnosticados e, posteriormente, escolhemos um problema de maior relevância para fazermos um estudo aprofundado e conseqüentemente um projeto de intervenção.

A fundamentação teórica do tema foi realizada através de uma pesquisa bibliográfica realizada nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. A pesquisa foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Benzodiazepínicos.

Saúde Mental.

Ansiedade.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Os Benzodiazepínicos (BZD) são fármacos depressores do Sistema Nervoso Central, sintetizados primeiramente (o primeiro foi o Clordiazepóxido) em 1961, sendo logo aceito na comunidade médica e amplamente difundido (Rang *et al.*, 2011). Sua boa aceitabilidade se deve ao fato da eficaz capacidade ansiolítica, sedativa e hipnótica, sem os riscos de superdosagem ou efeitos adversos com risco de vida (FIRMINO, 2008).

Os benzodiazepínicos (BZD) estão entre os medicamentos mais consumidos no mundo (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1990; HIGGINS *et al.*, 2000). Em 2001, foram consumidas 6,96 bilhões de doses diárias de benzodiazepínicos como hipnóticos no mundo, um número impressionante, se considerarmos que a população mundial neste ano era de 6.135 bilhões de pessoas (CEBRID, 2003). Entre seus efeitos colaterais, destacam-se: a diminuição da atividade psicomotora, a interação com outras drogas e, principalmente, o desenvolvimento de dependência (AUCHEWSKI *et al.*, 2004).

Os BZD têm potencial de abuso: 50% dos pacientes que usam benzodiazepínicos por mais de 12 meses evoluem com síndrome de abstinência, provavelmente ainda mais em clínicas especializadas (BATESON, 2002).

Em 1970, os BZD foram amplamente prescritos sendo considerada uma opção terapêutica segura e de baixa toxicidade, mas, nas décadas seguintes, começaram a observar seus efeitos colaterais, com um potencial nocivo de dependência entre os usuários e problemas cognitivos em longo prazo (PEREIRA, 2013).

Tais fatos exigem que essas drogas tenham seus usos cada vez mais restritos, apesar de ser uma droga relativamente segura quanto ao uso, para que este seja adequado carece de orientação médica.

Para Gonçalves (2014), o paciente dependente de BZD possui maior risco de acidentes no tráfego, em casa e no trabalho; overdose em combinação com outras

drogas; atitudes antissociais; redução da produtividade no trabalho; problemas em relações interpessoais ou intrafamiliar e maior número de internações, consultas e exames diagnósticos.

O principal efeito adverso do uso inadequado dessas drogas é a dependência. No uso crônico, a suspensão abrupta do tratamento depois de semanas ou meses pode aumentar a sensação da ansiedade, associado a tremores, perda de peso e distúrbios do sono, ou seja, levando a uma Síndrome de Abstinência. Portanto, sua retirada deve ser gradual (RANG *et al.*, 2011).

O consumo crescente de medicamentos de uso controlado (psicofármacos) causa grande impacto na economia e na sociedade. O processo de medicalização assim como pressões na indústria farmacêutica faz com que o consumo seja cada vez maior e o uso racional do medicamento não se concretize. Os psicofármacos estão cada vez mais presentes na rotina dos profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde (NANDI, 2012, p. 237).

Transtornos psiquiátricos são cada vez mais frequente no dia a dia da unidade básica de saúde, com destaque para ansiedade, depressão e insônia, sendo o sexo feminino mais acometido. Soma-se a isso a automedicação pelo acesso fácil, de forma ilícita, desses fármacos.

A faixa etária de mulheres usuárias de BZD vai de 38 a 70 anos, predominando a baixa escolaridade, a baixa renda e, de estado civil, casadas (NORDON; HUBNER, 2009). Ademais, mais da metade faz uso desta medicação há mais de 2 anos (MATTIONI, 2005).

De acordo com Mendonça *et al.* (2008), devido ao prejuízo no reflexo, no desempenho psicomotor e interferência na capacidade de atenção, que o uso prolongado dessas drogas causa, os idosos acabam sendo uma população muito vulnerável, levando-os a quedas e acidentes. Além disso, a capacidade cognitiva do usuário também é afetada.

Segundo Pereira *et al.*, (2013) os BZD são a principal indicação para os Transtornos de Ansiedade, eles são altamente eficientes nos quadros agudos, mas contraindicados nos casos crônicos devido ao abuso e dependência física e

psíquica. Desse modo, seu uso não deve exceder de três a quatro semanas (MENDONÇA, 2005). Quando usado por até três meses apresenta risco de dependência praticamente nulo. Já entre três e doze meses de uso, esse risco aumenta para 10% a 15% e, por mais de doze meses, apresenta risco de 25% a 40% (GRAEFF; GUIMARÃES, 1999).

A rotina na ESF nos revela um total descontrole no tempo de uso dessas drogas, são pessoas que as utilizam há mais de 10, 20, 30 anos sem que lhes tenham oferecido nenhuma alternativa de enfrentamento do transtorno. Em sua maioria para tratar insônia.

Os distúrbios do sono, principalmente a insônia, são, na maioria dos casos, reflexos de algum transtorno psiquiátrico. Ou seja, os quadros psiquiátricos, por sua vez, têm mudanças nos padrões do sono como critérios diagnósticos, tais como: depressão maior, estresse pós-traumático e transtorno de ansiedade generalizada (LUCCHESI *et al.*, 2005). Por esse motivo, o médico e a equipe devem ficar atentos a esta relação, pois medidas alternativas, como higiene do sono, podem reduzir a quantidade de medicação ministrada, melhorando a qualidade de vida e a sintomatologia dos pacientes.

A terapêutica farmacológica deve ser sempre apenas uma parte da abordagem aos pacientes e não pode ser usada como mera substituta de outras condutas terapêuticas ou como tratamento de outros problemas que não sejam os médicos (AUCHEWSKI *et al.*, 2004, p.24-31).

Na terapêutica farmacológica uma das alternativas possíveis é a introdução de um antidepressivo de perfil mais ansiolítico e com propriedades sobre a indução do sono como a amitriptilina ou nortriptilina, e após um controle inicial de sintomas iniciar a retirada gradual dos benzodiazepínicos, reduzindo 25% da dose a cada semana ou a cada 15 dias. Também é importante oferecer dispositivos de apoio, por exemplo, participação em grupos de saúde mental, em grupos ou oficinas de convivência ou outros (PEREIRA *et al.*, 2013).

Considerando a ESF como principal porta de entrada desse tipo de demanda, faz-se extremamente necessário o investimento de recursos para que todos os

profissionais estejam devidamente capacitados para lidar com o problema, vislumbrando terapias alternativas para o enfrentamento do problema com o olhar multidisciplinar, tornando outras possibilidades mais atrativas para o usuário como, por exemplo, a terapia cognitivo-comportamental que pode ser realizada pelo psicólogo, psiquiatra, médico generalista ou profissional de saúde devidamente capacitado.

Em revisão recente na literatura ficou evidenciado que a terapia cognitivo-comportamental parece ser a intervenção mais eficiente, inclusive com melhores resultados do que terapias farmacológicas (KOZASA *et al.*, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Por meio do planejamento estratégico situacional, os problemas escolhidos na ESF como sendo finais são uso abusivo de benzodiazepínicos (BDZ); baixo nível de informação sobre o uso abusivo de BDZ e baixa escolaridade. Já como sendo intermediários temos despreparo técnico/científico da equipe sobre o tema, indicação inadequada de BZD e ausência de outras opções.

Quadro 4 - Priorização de problemas

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Uso abusivo de benzodiazepínicos	Alta	5	Parcial	1
Baixo nível de informação sobre uso abusivo de benzodiazepínicos	Alta	5	Parcial	2
Indicação inadequada de BDZ	Alta	5	Parcial	4
Ausência de outras opções terapêuticas	Alta	5	Parcial	3
Despreparo técnico/científico da equipe sobre o tema	Alta	4	Parcial	5

6.2 Descrição do problema selecionado

A estimativa do número de usuário de BDZ no território da equipe da Tuquanduba (comunidade onde atuou) é de 80 pessoas. Estimamos que cerca de 70% faz uso abusivo.

O uso abusivo de benzodiazepínicos (BDZ) para nossa abordagem será entendido como o uso exagerado de BDZ, sem a indicação correta, trazendo prejuízo à saúde do usuário.

É estimado que cada clínico tenha em sua lista 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos, metade destes gostariam de parar o uso (HALLFORS; SAXE,1993).

6.3 Explicação do problema

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. A maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos (MENTAL HEALTH FOUNDATION, 1992).

Os usuários de BDZ na comunidade coberta pela ESF é em sua maioria mulheres (90%), a maioria com idade entre 35-70 anos.

6.4 Seleção dos nós críticos

- Baixo nível de informação sobre o tema
- Despreparo técnico/científico da equipe para lidar com o tema
- Outras opções terapêuticas

Quadro 5 - Operações sobre o nó crítico baixo nível de informação sobre o tema na população sob responsabilidade da Equipe de saúde da família de Tuquanduba em Marechal Deodoro-AL

Nó crítico 1	Baixo nível de informação sobre o tema
Operação	Palestras e rodas de conversa em escolas, UBS, associação e igrejas
Projeto	INFORMA SAÚDE
Resultados esperados	População e usuários de BDZ mais informados sobre os prejuízos do uso abusivo e dependência química.

Produtos esperados	Palestras em escolas, UBS, associação e igrejas realizadas/Panfletos distribuídos
Atores sociais/responsabilidade	Comunidade, equipe de saúde, líderes religiosos e comunitários
Recursos necessários	Financeiro: impressão de panfletos, recursos audiovisuais; Político: espaços para palestras;
Recursos críticos	Organizacionais >organizar público alvo para palestras e oficinas Econômicos>organizar panfletos educativos Cognitivos>conhecimento do palestrante/oficineiro
Controle dos recursos críticos/viabilidade	Ator que controla>diretor da unidade/coordenador-favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar proposta para unidade de saúde e coordenação
Responsáveis	Médico PROVAB, ACS, Enfermeira.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação da saúde mental do município

Quadro 6 - Operações sobre o nó crítico despreparo técnico/científico da equipe sobre o tema na população sob responsabilidade da Equipe de saúde da família de Tuquanduba em Marechal Deodoro-AL

Nó crítico 2	Despreparo técnico/ científico da equipe sobre o tema
Operação	Educação continuada com a equipe e capacitação dos profissionais sobre terapia cognitivo-comportamental
Projeto	SABER MAIS
Resultados esperados	Mais perícia e desenvoltura da equipe para lidar com o tema
Produtos esperados	Recursos humanos capacitados.
Atores sócias/responsabilidade	Médico, enfermeira, ACS, Dentista, Psicólogo e Psiquiatra do NASF Apoio técnico e administrativo

Recursos necessários	Estrutural: equipe de saúde, profissional capacitado e local para capacitação Cognitivo: informações e saberes dos profissionais envolvidos
Recursos críticos	Organizacionais >Equipe de saúde Econômicos>recurso material e humano para capacitação da equipe
Controle dos recursos críticos/viabilidade	Ator que controla>diretor da unidade/coordenador-favorável/NASF; Coordenador (a) da atenção básica
Ação estratégica de motivação	Apresentar proposta aos atores que controlam o recurso
Responsáveis	Médico PROVAB, ACS, Enfermeira, Psicólogo e Psiquiatra do NASF
Cronograma/prazo	Um mês para apresentação da proposta e um mês após para capacitação
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação da saúde mental do município

Quadro 7- Operações sobre o nó crítico outras opções terapêutica na população sob responsabilidade da Equipe de saúde da família de Tuquanduba em Marechal Deodoro-AL

Nó crítico 3	Outras opções terapêuticas
Operação	Rodas de conversa, relato de experiência, arteterapia, terapia cognitivo-comportamental e monitorização do desmame.
Projeto	OFICINA DO PENSAMENTO
Resultados esperados	Troca de experiências; uso adequado de BDZ; administração das emoções
Produtos esperados	Projeto OFICINA DA MENTE funcionando plenamente com as atividades de roda de conversa, relato de experiência, arteterapia, terapia cognitivo-comportamental e monitorização do desmame.
Atores sócias/responsabilidade	Equipe de saúde, NASF, líderes religiosos e comunitários

Recursos necessários	Organizacional: espaços para atividades; Cognitivo: informações e estratégias Financeiro: recursos audiovisuais e Materiais para arteterapia
Recursos críticos	Organizacionais >organizar público alvo para roda de conversa, relatos de experiência e oficinas de arteterapia Econômicos>organizar recursos audiovisuais e materiais para arteterapia
Controle dos recursos críticos/viabilidade	Ator que controla>diretor da unidade/coordenador-favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar proposta para Equipe de saúde, usuários de BDZ, NASF e coordenação.
Responsáveis	Médico PROVAB, ACS, Enfermeira, Psicólogo e psiquiatra do NASF.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação da saúde mental do município

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de um plano de intervenção é fundamental para a revisão do processo de trabalho e, então, para o planejamento do mesmo. Constitui-se como uma ferramenta para o enfrentamento dos problemas de uma maneira sistematizada com mecanismos de monitoramento e avaliação, permitindo maiores chances de sucesso. Considerando isso e os efeitos nocivos que uso abusivo de benzodiazepínicos pode causar na vida dos indivíduos, família e comunidade, é extremamente relevante, pesquisas e projetos que visem a educação de como lidar com esse tema de forma a conduzir para medidas preventivas e reabilitadoras nos contextos em que tais drogas estão inseridas que, quase sempre, são desprovidos de medidas alternativas para o enfrentamento da ansiedade e outros transtornos.

Pretende-se com este projeto a busca de formação continuada para equipe sobre o tema; a promoção de um processo educativo na comunidade, principalmente com aqueles mais necessitados e a elaboração de medidas alternativas para o enfrentamento do problema.

REFERÊNCIAS

AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 24 -31. Mar. 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. BENZODIAZEPINE: DEPENDENCE, TOXICITY AND ABUSE. **A Task Force Report of the American Psychiatric Association**, Washington: APA,1990.

BATESON A. N. Basic pharmacologic mechanisms involved in benzodiazepine tolerance and withdrawal. **Curr Pharm Des**. Edmonton, v.8, n.1, p.5-21. Ago. 2002.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS - Departamento de Psicobiologia-UNIFESP. **Boletim 50**. São Paulo: CEBRID, 2003.

FIRMINO, K. F. **Benzodiazepínicos: Um estudo da indicação / prescrição no município de Coronel Fabriciano – MG, 2006**. Belo Horizonte, 2008. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais.

GONÇALVES, A.L. **Abuso de Benzodiazepinas nos Transtornos de Ansiedade**. Mestrado em Psicologia Clínica. 2014. Acesso em: www.psicologia.pt em 06/01/15.

GRAEFF, F. G.; GUIMARÃES, F. S. **Fundamentos de psicofarmacologia**. São Paulo: Editora Atheneu; 1999.

HIGGINS, K.; COOPER-STANBURY, M.; WILLIAMS, P. **Statistics on drug use in Australia 1998**. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2000.

HALLFORS, D. D.; SAXE, L. The dependence potencial of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. **Am J Public Health**, New York, v.83, n.9, p.1300-1304. Sept. 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico de 2010. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e estatística, dados referentes ao município de Marechal Deodoro-AL. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/extras/perfil.php>. Acessado em 20/03/16.

KOZASA, E. H. *et al.* Mind-body interventions for the treatment of insomnia: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, n. 4, Dec. 2010 . Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1. Acesso em: 3 jan. 2015.

LUCCHESI, L. M. *et al.* O sono em transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.27, supl.1, p.27-32. May 2005.

MATTIONI, L.T. *et al.* Prevalência no uso de benzodiazepínicos por uma população assistida por programa de saúde da Família. **Revista contexto e saúde**, Unijui, v.5, n.8/9, p.43-50. Jul/Dez. 2005.

MENTAL HEALTH FOUNDATION (MHF). Guidelines for the prevention and treatment of benzodiazepine dependence. Washington: MHF; 1992.

MENDONCA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p.1-13. Ago. 2005.

MENDONÇA, R. T. *et al.* Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 17, n. 2, p. 95-106, 2008.

NANDI, A. C. Utilização de psicofármacos na Atenção Básica de Saúde. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância **Resumos do Trabalhos de Conclusão de Curso**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.

NORDON, D.G.; HÜBNER, C.V.K. **Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais: Diagnóstico e tratamento**. Sorocaba, v.14, n.2, p.66-69. Abr-Jun. 2009.

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

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