

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ADRIANA PEREDO ROSSETTI

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DO
SERVIÇO E REDUÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS,
EVITANDO ABUSO, DEPENDÊNCIA E INTOXICAÇÃO ENTRE OS
USUÁRIOS IDOSOS NA EQUIPE ROSA EM JABOTICATUBAS – MG**

BELO HORIZONTE – MG

2017

ADRIANA PEREDO ROSSETTI

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DO
SERVIÇO E REDUÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS,
EVITANDO ABUSO, DEPENDÊNCIA E INTOXICAÇÃO ENTRE OS
USUÁRIOS IDOSOS NA EQUIPE ROSA EM JABOTICATUBAS – MG**

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

Orientadora: Profª Drª Selme Silqueira de Matos.

BELO HORIZONTE – MG

2017

ADRIANA PEREDO ROSSETTI

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DO
SERVIÇO E REDUÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS,
EVITANDO ABUSO, DEPENDÊNCIA E INTOXICAÇÃO ENTRE OS
USUÁRIOS IDOSOS NA EQUIPE ROSA EM JABOTICATUBAS – MG**

Banca Examinadora

Profª Drª Selme Silqueira de Matos – Universidade Federal do Triângulo Mineiro -
UFTM

Profª Drª Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - Universidade Federal do Triângulo
Mineiro - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me abençoar todos os dias e me acompanhar em todos os momentos de minha vida, transformando cada sonho em grandes conquistas.

Agradeço também a minha mãe Maria Julia Rossetti de Peredo e meu pai Eduardo Peredo Alcocer pelo suporte, confiança e amor, proporcionando momentos de tranquilidade para avançar em mais esta etapa de minha vida.

A minha irmã, Gabriela Peredo Rossetti, meu exemplo, minha guia e parceira de todas as horas, que me auxiliou na escolha do tema e na realização deste trabalho.

Ao meu amor, Leandro Teixeira Morais, que me apoia, me acompanha me ensina e me dá força para seguir adiante sem desistir nunca.

A minha orientadora Selme Silqueira de Matos, pela paciência e ensinamentos, possibilitando a elaboração e conclusão deste trabalho ao longo do curso.

E agradeço também a todos meus colegas de trabalho (Equipe Rosa) e colegas do curso que me auxiliaram e compartilharam bons momentos ao meu lado!!!!

RESUMO

As drogas de maior consumo são: clonazepam, diazepam, bromazepam e alprazolam; com predomínio dos benzodiazepínicos, principalmente no sexo feminino, associado ao uso concomitante de dois ou mais fármacos (polifarmácia). Sendo assim, é preciso alertar sobre a gravidade dos efeitos adversos dos benzodiazepínicos sobre atenção, concentração e memória; o que exige cautela em sua prescrição, devendo ser considerado seu potencial no desenvolvimento de tolerância e dependência, relacionadas à idade do paciente e as interações medicamentosas. O aumento da sensibilidade à droga está diretamente relacionado ao acúmulo de benzodiazepínicos e a seus metabólitos ativos. Os idosos alcançam então, efeito mais prolongado e mais intenso. Por isso observam-se com muita frequência confusão mental e desorientação em comparação com o jovem. A prescrição deve ser avaliada sistematicamente pelo médico que assiste o paciente. A indicação precisa e o tempo de uso são objetos a serem avaliados como as implicações decorrentes de seu uso prolongado. O tempo de uso irá depender dos sintomas a serem tratados. Considerando-se a grande frequência de prescrição de psicotrópicos para a população idosa, este estudo tem por objetivo identificar os efeitos de seu uso e sua associação com déficit cognitivo, e elaborar uma proposta de intervenção para alertar sobre o uso indevido destes medicamentos e reduzir sua prescrição em idosos. Com esta proposta de intervenção, espera-se reduzir o uso indevido de benzodiazepínicos nos pacientes atendidos pela equipe Rosa da Unidade Básica de Saúde Duarte Henriques no município de Jaboticatubas – Minas Gerais.

Palavras-chave: Receptores Benzodiazepínicos; Saúde do Idoso; Dependência.

ABSTRACT

The drugs of greatest consumption are: clonazepam, diazepam, bromazepam and alprazolam; With predominance of benzodiazepines, mainly in the female sex, associated to the concomitant use of two or more drugs (polypharmacy). Therefore, it is necessary to warn about the severity of the adverse effects of benzodiazepines on attention, concentration and memory, which requires caution in its prescription and should be considered its potential in the development of tolerance and dependence, related to the age of the patient and the drug interactions. The increased sensitivity to the drug is directly related to the accumulation of benzodiazepines and their active metabolites. The elderly then have a longer and more intense effect. This is why they often see confusion and disorientation in comparison to the young person. Prescription should be systematically evaluated by the attending physician. The precise indication and the time of use are objects to be evaluated as the implications of their prolonged use. The time of use will depend on the symptoms to be treated. Considering the high prevalence of psychotropic prescription for the elderly population, this study aims to identify the effects of its use and its association with cognitive deficit, and to elaborate a proposal of intervention to alert about the misuse of these drugs and reduce their Prescription in the elderly. With this intervention proposal, it is expected to reduce the undue use of benzodiazepines in the patients attended by the Rosa team of the Duarte Henriques Basic Health Unit in the municipality of Jaboticatubas - Minas Gerais.

Keywords: Benzodiazepine Receptors; Health of the Elderly; Dependency.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1: Pirâmide Etária de Jaboticatubas – MG	10
Figura 2: População Total, por gênero rural / urbana - Jaboticatubas	10
Figura 3: Principais causas de óbitos	14
Figura 4: Principais causas de internação	14
Figura 5: Classificação dengue por semana epidemiológica, Jaboticatubas 2014.	15
Figura 6: Prevalência da esquistossomose por forma clínica, Jaboticatubas 2007-2014.....	15
Figura 7: Casos humanos de leishmaniose na zona urbana entre 2008-2013...	16
Figura 8. Critérios de abuso de sedantes, hipnóticos ou ansiolíticos (segundo DSM–IV)	31
Figura 9. Critérios de dependência de sedantes, hipnóticos ou ansiolíticos (de acordo ao DSM-IV)	32
Figura 10. Classificação dos BZD.....	34
Figura 11. Características farmacológicas dos BZD.....	35
Figura 12. Fármacos não BZD úteis no tratamento de transtornos de ansiedade em pacientes com dependência.	39
Tabela 1. População por faixa etária/gênero.	11
Tabela 2. Indicadores de habitação em relação à água, energia elétrica e coleta de lixo.	13
Tabela 3. Motivos para o tratamento com hipnosedantes em pacientes que consultam na APS por autor.	28
Quadro 1. Priorização dos Problemas	43
Quadro 2. Seleção dos “Nós Críticos” para enfrentamento pela ESF Duarte Henriques de Freitas (Equipe Rosa), no Município de Jaboticatubas.	47
Quadro 3. Desenho das Operações para os nós críticos na ESF Duarte Henriques de Freitas (Equipe Rosa), no Município de Jaboticatubas.	48
Quadro 4: Identificação dos recursos críticos para operação/ projeto na ESF Duarte Henriques de Freitas (Equipe Rosa), do município de Jaboticatubas.....	51
Quadro 5. Plano Operativo	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BZD: Benzodiazepínicos

UBS: Unidade Básica de Saúde

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

DM: Diabetes Mellitus

APS: Atenção Primária de Saúde

SA: Síndrome de Abstinência

DSM IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo Geral	25
3.2 Objetivos Específicos	25
4. METODOLOGIA.....	26
5. REVISÃO DE LITERATURA	27
5.1 Epidemiologia	27
5.2 Clínica	28
5.3 Tipos de BZD.....	29
5.4 Transtornos por consumo de benzodiazepínicos	30
5.4.1 Abuso de benzodiazepínicos	30
5.4.2 Dependência de benzodiazepínicos	31
5.4.3 Intoxicação por benzodiazepínicos	35
5.5. Tratamento.....	36
5.5.1. Tratamento do abuso de BZD	36
5.5.2 Tratamento da dependência de BZD	37
5.5.3 Tratamento da intoxicação por BZD.....	40
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	42
6.1 Definições dos problemas	42
6.2 Priorização dos problemas	42
6.3 Descrição do problema selecionado	43
6.4 Explicação do problema	46
6.5 Seleção dos “Nós Críticos”	47
6.6 Desenho das operações	48
6.7 Identificação dos recursos críticos	51
6.8 Plano Operativo.....	52
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	55

1. INTRODUÇÃO

1.1 Informações sobre o município de Jaboticatubas

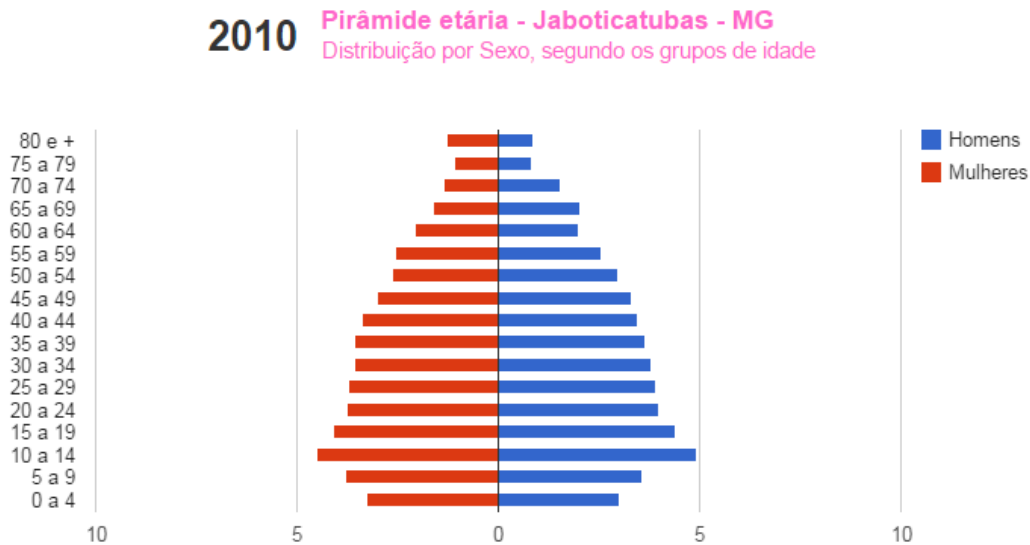
Jaboticatubas é um município mineiro, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, também conhecida como região da Zona Metalúrgica. É limitado pelos seguintes municípios; Baldim, Santana do Riacho, Morro do Pilar, Itambé do Mato Dentro, Itabira, Nova União, Taquaraçu de Minas, Santa Luzia, Lagoa Santa, Pedro Leopoldo e Matozinhos (WIKIPEDIA, 2017).

O nome da cidade tem origem tupi, vinculada ao termo “o Jaboticabal” e faz menção ao nome do ribeirão que banha o local, já que apresenta muitos pés de Jaboticatubas, uma planta típica de solos úmidos da área central do estado de Minas Gerais. Seu perfil econômico consiste na agricultura, na pecuária e no turismo. A pecuária de corte e leiteira, juntamente com a piscicultura, apicultura, suinocultura e granja merecem destaque, já que movimentam grande parte da economia local (WIKIPEDIA, 2017).

A atividade industrial nesse município é de pequeno porte, abrigando pouco mais de 30 indústrias. Contudo, o turismo é o setor mais rentável atualmente, em especial pela conhecida Serra do Cipó, que abriga muitos hotéis, pousadas, restaurantes, áreas de camping e outras atrações de lazer, em virtude das belíssimas cachoeiras e da fauna e flora abrigada. O município de Jaboticatubas abriga 65% da área total do Parque Nacional da Serra do Cipó, considerado um santuário ecológico muito visitado. Além do parque, conta também com as cachoeiras de Serra da Contagem e Serra do Bené e as piscinas naturais do Rio Bom Jardim (WIKIPEDIA, 2017).

Com relação à renda per capita média, o censo de 2010 demonstrou que apresentou crescimento de 163,60% nos últimos vinte anos. Porém, ainda há 2810 pessoas vivendo em condições de pobreza. A densidade demográfica do município é de 15,36 hab/km², com predomínio (50,8%) de homens, no geral, porém, com prevalência de mulheres (50,5% na área urbana). A pirâmide (figura 1) do município demonstra queda na taxa de natalidade e mortalidade infantil, além de aumento da expectativa de vida (IBGE, 2010).

Figura 1: Pirâmide Etária de Jaboticatubas – MG



Fonte: IBGE, 2010.

Figura 2: População Total, por gênero rural / urbana - Jaboticatubas

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	12.716	100,00	13.530	100,00	17.134	100,00
Homens	6.560	51,59	6.936	51,26	8.705	50,81
Mulheres	6.156	48,41	6.594	48,74	8.429	49,19
Urbana	5.009	39,39	7.116	52,59	10.740	62,68
Rural	7.707	60,61	6.414	47,41	6.394	37,32

Fonte: IBGE, 2010.

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (população economicamente ativa) passou de 63,75% em 2000 para 63,79% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação, passou de 7,11% em 2000 para 4,80% em 2010. Em 2010 não havia moradores urbanos vivendo em aglomerados subnormais (favelas e similares). A proporção de moradores, em 2010, com acesso ao direito de propriedade (própria ou alugada) atingiu 95,4% (IBGE, 2010).

Tabela 1: População por faixa etária/gênero.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0-1 ano	84	102	186
1-4 anos	430	458	888
5-14 anos	1459	1425	2884
15-19 anos	754	703	1457
20-29 anos	1357	1278	2635
30-39 anos	1273	1218	2491
40-49 anos	1164	1096	2260
50-59 anos	946	888	1834
60-69 anos	690	628	1318
70-79 anos	402	414	816
80 anos e mais	146	215	361
TOTAL	8705	8429	17134

Fonte: IBGE, 2010.

Em 2010, verificou-se que 24,5% das crianças (faixa etária de 6 a 14 anos), não estavam na escola. Nas últimas décadas, a frequência de jovens de 15 a 17 anos no ensino médio melhorou, mesmo assim, em 2010, 56,2% estavam fora da escola. Muitos jovens preocupam-se em conciliar estudos e trabalho. Ao analisar os jovens de 15 a 17 anos que estavam trabalhando, percebe-se que, em 2012, 84,2% deles trabalhavam de 41 a 44 horas semanais, o que pode influenciar negativamente nas horas disponíveis aos estudos. Quando analisada a faixa etária de 18 a 24 anos, esse percentual vai para 95,9% (IBGE, 2010).

A rede pública de ensino em Jaboticatubas conta com três escolas estaduais, de ensino fundamental ao ensino médio, onze escolas municipais de pré-escolar e ensino fundamental e uma escola municipal de ensino especial. Na rede particular, há uma pré-escola e escola de ensino fundamental, além de um Polo da Universidade Aberta do Brasil - UAB, na escola Deolinda Dias Duarte. A Creche Comunitária Irmã Maria Dolores, de caráter filantrópico, é única instituição do gênero no Município e atende com capacidade insuficiente pela demanda existente.

Apesar de ainda precisarmos avançar em relação à frequência escolar, o maior desafio está na conclusão. A taxa de conclusão do fundamental, em 2010, passou para 52,1%. Quando analisado o ensino médio, os percentuais de conclusão caem significativamente, em 2010, este valor era de 40,3%. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 98,2%.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 31,2 por mil nascidos vivos, em 2000, para 15,0 por mil nascidos vivos, em 2010. A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 6,0 anos na última década, passando de 69,2 anos em 2000, para 75,2 anos em 2010 (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) – de Jaboticatubas foi de 0,681, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,837, seguida de Renda, com índice de 0,694, e de Educação, com índice de 0,543 (IBGE, 2010).

O abastecimento de água potável, o saneamento básico e a coleta de resíduos são alguns serviços que melhoram a qualidade de vida das comunidades. No município, em 1991, 76,3% dos moradores urbanos tinha acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo. Em 2010, esse percentual passou para 90,0%. Em 1991 11,5% dos moradores urbanos tinham acesso à rede de esgoto adequada (rede geral ou fossa séptica), passando para 68,3% em 2014.

Tabela 2. Indicadores de habitação em relação à água, energia elétrica e coleta de lixo.

Indicadores de Habitação - Jaboticatubas – MG	1991	2000	2015
% da população em domicílios com água encanada	62.76%	74.47%	84.47%
% da população em domicílios com energia elétrica	77.87%	92.08%	99.79%
% da população em domicílios com coleta de lixo	24.53%	74.12%	86.71%

Fonte: IBGE, 2010.

1.2 Indicadores de saúde do município de Jaboticatubas

Indicadores:

Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total: 1192

Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama: 1034

Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo: 1924

Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata: 1085

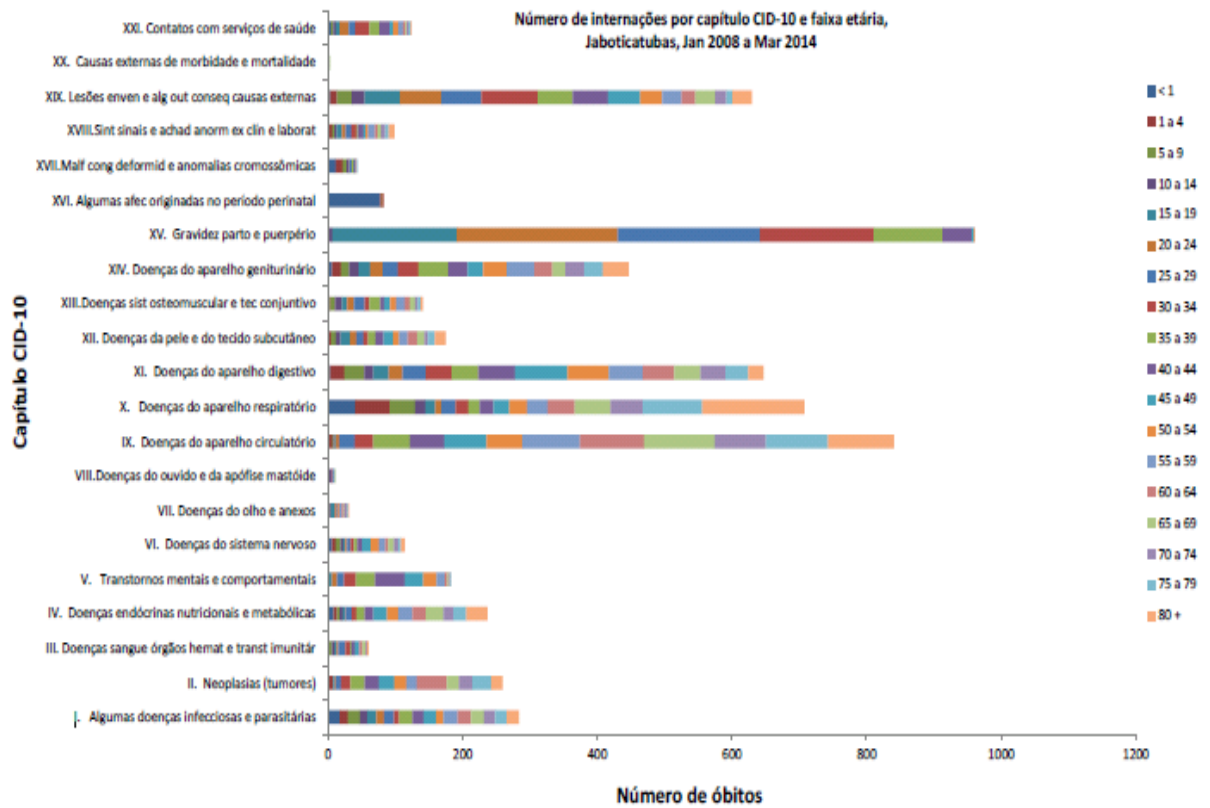
Portadores de hipertensão arterial esperados: 1356

Portadores de hipertensão arterial cadastrados: 1287

Portadores de diabetes esperados: 394

Portadores de diabetes cadastrados: 227

Figura 3: Principais causas de óbitos



Fonte: DATASUS, 2010.

Figura 4: Principais causas de internação

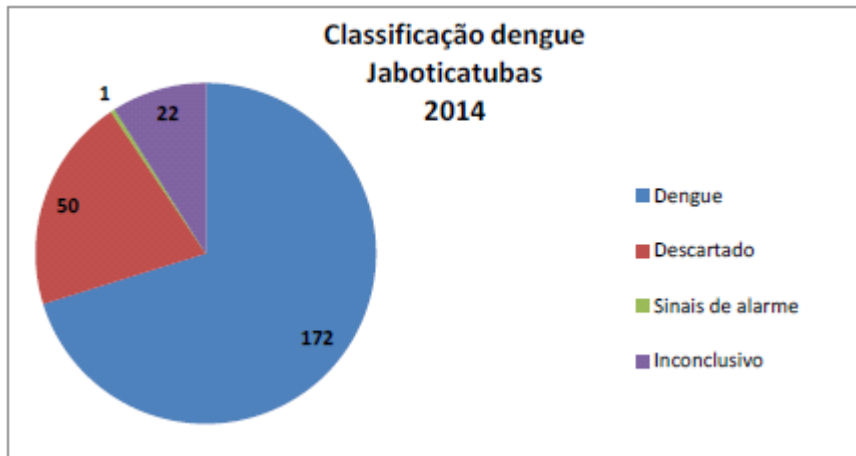
Causa da internação	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Pneumonia	72,9	47,7	59,4	58,4	47,4	52,1	44,9	35,8	16,4
Insuficiência cardíaca	31,0	37,8	31,8	30,9	28,9	17,6	21,0	16,1	13,6
Doenças pulmonares obstrutivas crônicas	18,0	16,4	25,5	19,0	7,4	8,5	8,8	17,2	9,6
Doenças isquêmicas do coração	8,7	12,1	17,0	10,5	11,7	7,9	10,5	9,8	5,7
Doenças cerebrovasculares	7,2	19,9	17,0	14,1	8,6	16,3	14,0	13,8	8,5
Hipertensão essencial (primária)	13,0	12,1	18,4	8,4	11,1	7,9	3,5	4,6	5,1
Diabetes mellitus	5,8	10,0	12,7	5,6	4,9	6,7	16,3	9,2	15,3
Asma	16,6	23,5	21,2	6,3	5,5	4,2	5,8	5,2	0,6
Desnutrição	6,5	11,4	7,8	6,3	3,1	1,8	6,4	5,7	3,4
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	5,9	1,5	8,7	2,9	2,5	4,9	2,4	-	2,3
Insuficiência renal	1,4	10,0	5,0	8,4	6,2	7,3	1,2	2,3	4,5
Acidentes de transporte	36,8	47,0	48,8	43,6	6,8	9,1	2,9	13,2	14,7
Agressões/tentativas de homicídio	7,2	0,7	1,4	2,8	1,8	1,2	-	1,7	2,8
Fratura do fêmur	5,8	5,0	9,2	4,9	4,9	9,7	3,5	8,6	6,2
Traumatismo intracraniano	6,5	7,8	7,1	4,9	4,3	3,6	4,1	2,3	3,4

Fonte: DATASUS, 2010

Doenças de notificação:

A. Dengue:

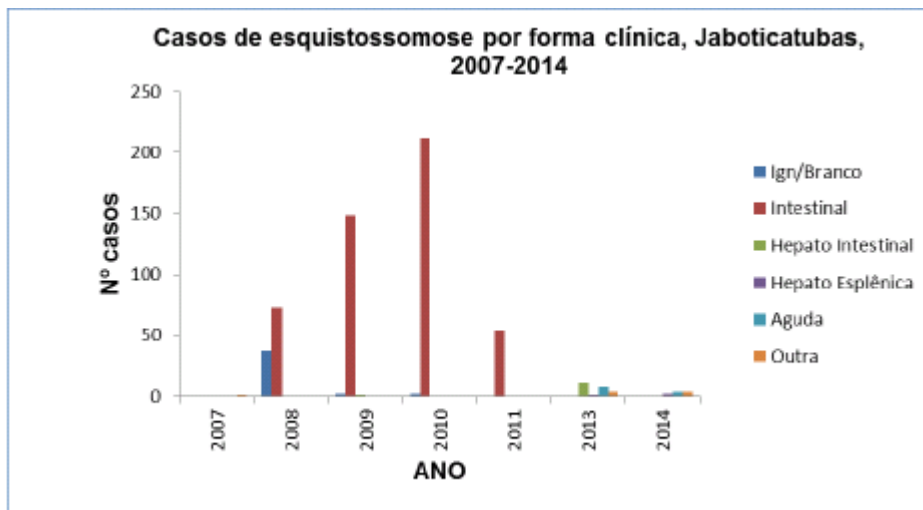
Figura 5: Classificação dengue por semana epidemiológica, Jaboticatubas 2014.



Fonte: DATASUS, 2010.

B. Esquistossomose:

Figura 6: Prevalência da esquistossomose por forma clínica, Jaboticatubas 2007-2014.



Fonte: DATASUS, 2010.

C. Leishmaniose:

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), até o ano de 2012, quatro casos humanos de LV, bem como 10 casos de LTA, foram notificados na sede do município de Jaboticatubas. O primeiro caso de LTA foi registrado em 1975 enquanto de LV foi registrado somente em 2006. Segundo dados da SMS, ocorreram cinco casos de LV no município. Em 2012 e 2013 não foram registrados casos humanos de LV, mesmo com um soro prevalência canina alta na sede do município. Contudo, em 2010 houve um óbito de paciente acometido cm LV no bairro Sagrada Família. A alta taxa de soro prevalência canina no inquérito sorológico realizado na área urbana em 2012, atrelada a distribuição dos casos humanos por todo o município torna evidente a título de aprimoramento das medidas de controle, ampliar o programa às áreas rurais.

Figura 7: Casos humanos de leishmaniose na zona urbana entre 2008-2013

Bairros	Casos humanos de leishmaniose na zona urbana entre 2008 a 2013	
	LV	LTA
Bom Jesus	0	2
Bosque dos Coqueiros	1	0
Centro	0	0
Nossa Senhora da Conceição	0	0
São Tarcísio	1	0
Sagrada Família	1	0
Santo Antônio	1	1
São Benedito	0	0
São Sebastião	1	0
São Vicente	0	0
Total	5	3

Fonte: DATASUS, 2010.

D. AIDS

O município, teve de 1990 a 2011, 22 casos de AIDS diagnosticados, destes eram 8 do sexo feminino e 14 do sexo masculino. Neste mesmo período, dos 853 municípios do Estado, 761 apresentaram casos de AIDS. A doença que antes estava restrita aos grandes centros, ganha praticamente todo o território. No município a taxa de incidência, em 2011, era de zero caso a cada 100 mil habitantes, e a mortalidade, em 2011, zero óbitos a cada 100 mil habitantes. A análise dos dados do SINAN no período de 2007-2014 demonstra uma tendência de casos na faixa etária de 25 a 54 anos com predominância de casos no sexo masculino (85,7%). A complexidade de abordagem dos casos atrelada a provável subnotificação é o grande desafio para o manejo correto dos infectados.

E. Tuberculose:

Dados do SINAN demonstram que no período de 2002 a 2014 foram confirmados 38 casos de tuberculose no município. Nota-se que estes estão concentrados naquela faixa etária mais ativa de 25 a 64 anos com o sexo masculino mais atingido 73,7%. A maioria dos casos foi encerrada como cura. A taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos, em 1998, era de 89,1 óbitos a cada mil nascidos vivos, em 2011 este percentual passou para 11,0 óbitos a cada mil nascidos vivos, representando redução de 87,7% da mortalidade. O número total de óbitos de crianças menores de cinco anos no município, de 1998 a 2011, corresponde a 80 casos. A taxa de mortalidade de crianças menores de um ano para o município, estimada a partir dos dados do censo 2010, é de 5,4 óbitos a cada mil crianças menores de um ano.

A análise da mortalidade infantil por grupos de causas, no município no período de 2002 a 2010, permite concluir que na maioria dos anos todos os óbitos ocorridos poderiam ter sido evitados, principalmente por adequada atenção a mulher na gestação, ações adequadas de diagnóstico e tratamento e adequada atenção ao recém-nascido. A imunização é considerada uma das ações que contribuem para a redução da mortalidade infantil. Em 2012, 99,7% das crianças menores de um ano estavam com a carteira de vacinação em dia.

1.2 O sistema municipal de saúde

O Serviço de Assistência a Saúde, consta dos seguintes serviços: Fisioterapia, Laboratório, Farmácia Básica, Saúde Oral, ESF, Hospital. O Setor de Vigilância a Saúde é composto por: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Promoção de Saúde, Vigilância Ambiental e Vigilância a Saúde do trabalhador. Existem 4 PSF, sendo que as equipes são divididas por dias da semana para atuarem em área urbana (UBS) e áreas rurais.

O município conta com um Hospital, a Fundação Hospitalar Santo Antônio, que presta serviços de urgência e emergência. Em casos mais graves, se necessário, os serviços de referências que temos para o município são: UPA de Santa Luzia, Hospital João XXIII, Hospital Sofia Feldman e Hospital Risoleta Neves.

1.3 A Unidade Básica de saúde Duarte Henriques de Freitas

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Duarte Henriques de Freitas, abriga a Equipe Rosa e a Equipe Verde. Atualmente, funciona em uma casa alugada, um pouco antiga, mas bem conservada, adaptada para ser uma unidade de saúde, pois o local original está em reforma.

A área destinada à recepção é pequena, mas dificilmente criam-se tumultos na unidade, pois tentamos manter tudo organizado. Muitas vezes faltam cadeiras para os pacientes, sendo necessário que alguns esperem a ser atendidos em pé. O estacionamento é muito pequeno, sendo usado principalmente pelos carros da prefeitura destinados ao deslocamento para as áreas rurais. As reuniões da equipe são realizadas na sala número dois, por ser mais ampla e arejada. As reuniões com a comunidade são realizadas no pátio da Unidade e nos respectivos locais das áreas rurais (Escola, Igreja e UBS). Atualmente, nossa unidade não conta com nebulizador, nem instrumental cirúrgico para realizar pequenos procedimentos.

A Unidade de Saúde funciona de 7:00 às 16:00 horas, de segunda a sexta-feira. Esta conta com uma gerente, uma secretária e uma faxineira, que estão presentes todos os dias e apoiam o trabalho das equipes. Apesar de estar em uma casa improvisada, e com pouco espaço, o funcionamento da unidade é bem organizado e a atenção é bem realizada para os usuários.

A unidade possui um pequeno estacionamento (no pátio da casa), dois banheiros (um destinado ao uso dos pacientes e outro para os funcionários), uma recepção pequena, três consultórios e uma cozinha. Geralmente o consultório dois é usado pela enfermeira da equipe, pois apresenta a mesa ginecológica (para coleta de preventivos e realização de pré-natal) e o consultório três usado pelos médicos. Também conta com a presença da Dra. Mariângela (clínica concursada) que atende nas quartas-feiras e Dr. Luis Mauro (dermatologista e pneumologista concursado) que atende nas terças-feiras.

Distribuição das consultas de médico e enfermeiro/mês:

- Puericultura: Total: 18. Médico: 8. Enfermeira: 10
- Pré-natal: Total: 20. Médico: 12. Enfermeira: 8
- Hipertensão arterial: Total: 140. Médico:110. Enfermeira: 30
- Diabetes mellitus: Total: 80. Médico: 60. Enfermeira: 20
- Tuberculose: Não temos pacientes com a doença.
- Hanseníase: Não temos pacientes com a doença.

Pré-natal

A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2011, no município foi de 2,8%. As gestantes com sete ou mais consultas representavam 61,0%. Ao analisar a frequência de gestantes por consultas pré-natais no período de 2006 a 2013, prevalece aquelas com sete ou mais consultas pré-natais em todos os anos.

Lista Geral de Problemas

- Espaço pequeno na sala de espera para os pacientes (estamos em uma casa improvisada até a UBS original terminar as reformas);
- Limitação de espaço para realizar atividades grupais (por exemplo: grupo operativo/ palestras);
- Falta de infraestrutura da UBS: não temos computadores que auxiliam no atendimento dos pacientes; no município não são realizados alguns exames diagnósticos (exemplo: tomografia, USG vascular);
- Uso de polifarmácia em idosos (predomínio de psicotrópicos);
- Demora em realizar os exames diagnósticos (em alguns casos é superior a seis meses);
- Demora em agendar e conseguir interconsultas com especialistas e para agendar cirurgias eletivas;
- Aumento das consultas de demanda espontânea, sendo necessário maior número de vagas nos agendamentos para estes pacientes;
- Incremento do número de pacientes portadores de doenças crônicas (DM, HAS, Obesidade, Dislipidemias);
- Coleta de lixo insatisfatória nas áreas rurais;
- Educação insatisfatória no município (incentivar o término dos estudos nas escolas).

1.4 A Equipe de Saúde da Família Rosa

A Equipe Rosa possui uma população aproximada de 3.500 habitantes, com as seguintes áreas de abrangência: Bairro São Vicente, Bairro Sagrada Família, Bairro São Benedito. As áreas rurais: Bamburral, Açudinho, Boa Vista, São Sebastião do Campinho, Recanto do Sabiá e Canto da Siriema.

É formada pelos seguintes profissionais:

MAMA, 53 anos, solteira, com uma filha, agente comunitária do bairro Boa Vista (zona rural) há aproximadamente 18 anos. Esta área contém com 105 famílias cadastradas. Dorinha, como é chamada por todos nós, era operadora de caixa e trabalhou como secretária de uma loja antes de trabalhar como ACS.

MBD, 29 anos, casada, com uma filha; agente comunitária das áreas rurais: Bamburral, Açudinho e Cachoeira dos Palmares há mais ou menos um ano e oito meses; consta de aproximadamente 97 famílias cadastradas. Meire estudou até o segundo grau completo e trabalhava como faxineira antes de ser ACS.

GFCS, 21 anos (a mais jovem integrante da equipe), solteira, sem filhos; agente comunitária do bairro Sagrada Família há mais ou menos dois anos e nove meses, com aproximadamente 179 famílias cadastradas. Ela é estudante e ACS atualmente.

JMS, 31 anos, solteira, sem filhos; agente comunitária do bairro Sagrada Família há cerca de cinco anos e dois meses; consta de aproximadamente 170 famílias cadastradas. Ela tem licenciatura em matemática e já trabalhou como doméstica antes de ser ACS.

SMM, 45 anos, casada, com dois filhos; agente comunitária das áreas rurais Recanto do Sabiá e Canto da Siriema há mais ou menos cinco anos; contém aproximadamente 75 famílias cadastradas. Ela era do lar antes de ser ACS.

FMS, 31 anos, casada, com um filho; agente comunitária do bairro São Sebastião cerca de dois anos e nove meses; consta de aproximadamente 247 famílias cadastradas. Ela estudou até o primeiro ano do segundo grau.

NMNS, 47 anos, solteira, com uma filha; agente comunitária do bairro São Vicente há mais ou menos oito anos; com aproximadamente 170 famílias cadastradas. NMNS trabalhou como cantineira antes de trabalhar como ACS.

MCF, 31 anos, solteira, sem filhos; agente comunitária do bairro São Benedito há cerca de dois anos e nove meses; possui aproximadamente 65 famílias cadastradas. Ela estudou até o segundo grau completo e já trabalhou como atendente antes de ser ACS.

ESF, 22 anos, solteira, com um filho; agente comunitária do bairro São Benedito cerca de dois anos e nove meses; consta de aproximadamente 63 famílias cadastradas. Ela é formada em Ciências Contábeis e trabalhou como manicure antes de ser ACS.

KMN, 29 anos, casada, sem filhos; técnica de enfermagem da equipe há aproximadamente nove anos. Ela é formada em enfermagem e já trabalhou como gerente de joalheria.

MMM, 37 anos, solteira, com um filho; enfermeira concursada da equipe há mais ou menos cinco anos. Ela tem pós-graduação em Saúde da Família, Gestão da Clínica na Atenção Primária e em Gestão Microrregional. Também já atuou como Secretária de Saúde durante seis meses e Coordenadora da Atenção Primária.

APR, 28 anos, solteira, sem filhos; médica da equipe há mais ou menos cinco meses, pela oportunidade oferecida através do Projeto “Mais Médicos para o Brasil”. Estudou medicina na Bolívia (Universidad Mayor de San Simon) e realizou a revalidação do diploma na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Trabalhou em Centros de Saúde e também no Policlínico de Sabará. Pretende fazer residência de Clínica Médica ou Neurologia.

O dia-a-dia da minha equipe (Equipe Rosa) é realizado da seguinte maneira: começamos a atenção aos pacientes as 7:00 horas da manhã. Geralmente são consultas agendadas, com prioridade aos pacientes de cuidado continuado, como por exemplo, gestantes, idosos e pacientes com comorbidades crônicas. Atendemos até 12:00 horas aproximadamente e logo realizamos uma pausa para o horário de almoço. À tarde, iniciamos o trabalho às 13:00 e terminamos às 16:00. Também destinamos vagas na nossa agenda para atender consultas de demanda espontânea.

Nas terças-feiras e quintas-feiras, minha equipe atende na UBS da cidade; nas quartas-feiras e sextas-feiras, atendemos nas áreas rurais. Na quarta as localidades de Bamburral (manhã) e Açudinho e Cachoeira dos Palmares (tarde) e na sexta as localidades de Boa Vista (manhã) e São Sebastião do Campinho (tarde).

Também realizamos atividades de pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, entre outros. Os grupos operativos são realizados na última semana de cada mês. O atendimento de saúde bucal e NASF são realizados na outra UBS da cidade.

Ao realizar o trabalho de Diagnóstico Situacional junto à minha equipe, percebi a existência de vários problemas, entretanto, o que me chamou a atenção foi o fato de que a população idosa tem sua qualidade de vida deteriorada devido às alterações neuropsicológicas que ocorrem nessa faixa etária.

2. JUSTIFICATIVA

A senescência revela mudanças neuropsicológicas, especialmente, como déficits cognitivos, alterações na memória, na velocidade de raciocínio, no sono, manifestação de episódios de confusão, além de distúrbios psicológicos e alterações nas atividades da vida diária, que podem se relacionar com sintomas demenciais e depressivos. Inclusive, é frequente a manifestação de depressão e demência nos idosos. Os problemas de saúde dos idosos são importantes. Referem-se a prejuízos, principalmente, de visão, audição e os de demências; estas, por sua vez, podem comprometer seriamente a autonomia dos indivíduos (RONCERO et al., 2009)

A depressão é uma doença de alta incidência no idoso devido à própria percepção de sua crescente incapacidade física, do enfraquecimento de seus poderes cognitivos (especialmente o da memória) e das perdas concretas, como amigos, parentes, condição econômica e possibilidades de trabalho (ZANINI, 2010).

Este trabalho se justifica considerando a relevância do município no que se refere a uma classe de medicamentos amplamente utilizada pelos idosos de Jaboticatubas-Minas Gerais.

Neste sentido, torna-se importante buscar estudos e dados no que diz respeito ao desenvolvimento de transtornos por consumo de benzodiazepínicos (BZD) como abuso, dependência e intoxicação pela prescrição médica propiciando à utilização irracional dessas drogas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de intervenção com vistas à reorganização do Serviço e redução da prescrição de benzodiazepínicos evitando abuso, dependência e intoxicação entre os usuários idosos na equipe Rosa em Jaboticatubas – MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Justificar a indicação médica para tratamento de uma possível patologia que seja susceptível de receber benzodiazepínicos;
- Conceituar abuso, dependência e intoxicação;
- Identificar clinicamente as diferenças entre estes transtornos pelo consumo de BZD;
- Elaborar uma proposta de intervenção para redução do uso de benzodiazepínico pelos idosos.

4. METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, a disciplina de Planejamento em saúde foi o ponto de partida, pois permitiu a construção do diagnóstico situacional em saúde. Este diagnóstico facilitou a detecção do problema de maior ocorrência na unidade de saúde e em seguida elaboração de um plano de ação para impactar o problema.

Assim, a elaboração do projeto de intervenção norteou-se pelos pressupostos do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme estudado no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2013).

Neste método, o primeiro passo foi à definição do problema, sendo assim definiu-se os seguintes problemas: Hipertensão arterial sistêmica, diabetes e uso descontrolado de drogas benzodiazepínicas.

Em seguida houve a priorização do problema que foi dificuldades, abuso, dependência e intoxicação além da prescrição descontrolada de benzodiazepínicos. Em seguida descreveu-se este problema, explicou-se o problema e por fim a definição dos “nós críticos” do problema priorizado que foram: Questões sociais e nível de instrução da população, Hábitos e estilo de vida inadequados do usuário, Sedentarismo e processo inadequado de trabalho da UBS. Estes dados foram coletados através dos registros em prontuários na unidade de saúde e para subsidiar a proposta, serão utilizados artigos disponíveis como o Scielo, BIREME, Biblioteca virtual da UFMG e do Ministério de saúde. Os descritores para este acompanhamento foram: Benzodiazepínicos; Idosos; Consumo; Abuso; Dependência.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Epidemiologia

O estudo da prevalência do uso, abuso e dependência dos BZD é muito complexo. São muitos BZD? São poucos? São necessários? A resposta definitiva não existe. Mas seus potenciais riscos farmacológicos de toxicidade e transtornos no rendimento psicomotor são bem conhecidos. Sendo assim, preferem-se os BZD de ação curta (semi-vida de 10-12 horas para ansiolíticos e de 4-6 horas para hipnóticos), diminuindo os problemas relacionados à acumulação da administração repetitiva (sedação excessiva, sonolência residual, propensão a acidentes), mas incrementando os problemas derivados da privação ou retirados, como insônia, ansiedade, agressividade, amnésia anterógrada e abstinência (SECADES et al., 2003).

O consumo de BZD está mediado pelo gênero e idade. Estas drogas são mais utilizadas por mulheres, a diferença do resto das drogas. A maior prevalência do uso pelas mulheres foi descrita em diferentes estudos: 39% homens e 61% mulheres e o consumo é superior nas mulheres em todas as faixas etárias (SECADES et al., 2003).

Outros estudos também documentaram que aproximadamente 19% dos idosos acima de 65 anos toma alguma medicação para dormir, e destes, 75% toma diariamente. Os BZD foram o grupo farmacológico mais utilizado: 80% (BEJARANO et al, 2008).

Deste modo, as razões para preocupar-nos são óbvias: os idosos são o grupo mais frágil diante dos possíveis efeitos adversos dos BZD e suas consequências. O consumo destas drogas é muito frequente em pacientes tanto com patologia médica como com transtornos mentais. São utilizados de forma diversificada na Atenção Primária de Saúde (APS) e na psiquiatria. Por isso, é comum que o médico da família seja responsável pelo uso limitado ou ilimitado dos BZD. Cerca de 5% das consultas realizadas por um Médico da Família tem grande chance de acabar com uma prescrição de hipnosedantes (BEJARANO et al, 2008).

Tabela 3. Motivos para o tratamento com hipnosedantes em pacientes que consultam na APS por autor.

Secades et al. (2003)	Granados et al. (2006)
Nervosismo ou ansiedade- 56,2%	Ansiedade exclusiva- 30%
Transtorno do sono- 26,1%	Ansiedade com outros processos- 19%
Acontecimento traumático- 13,7%	Doenças circulatórias- 18%
Problemas familiares- 9,2%	Insônia- 15%
Sintomas depressivos- 7,8%	Álcool/drogas- 4,5%
Problemas no trabalho- 3,9%	Aparelho locomotor- 4,5%
Dependência de drogas- 2,0%	Esquizofrenia- 4,5%
Ataque de pânico/angústia- 1,3%	Processos não específicos- 4%

Fonte: Própria Autora (2017)

Pode-se concluir que, tanto sua pouca percepção no risco quanto seu variado uso em diferentes patologias, explicam a elevada prevalência do abuso e do uso inadequado dos BZD.

5.2 Clínica

Não é necessário um diagnóstico DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) para prescrever estas drogas. O médico da família, no geral, não utiliza escalas de ansiedade ou itens diagnósticos antes de prescrever um BZD. São mais considerados os sintomas de ansiedade, do que as queixas somáticas ou a dificuldade de enfrentar os problemas pessoais, familiares, sociais ou laborais. É considerado como se não existisse a “doença” como tal, somente o paciente é quem a sustenta. Tudo isso explicaria por que o tratamento se prolonga além da remissão do quadro que o motivou (RONCERO et al., 2009).

Na prática clínica, sabe-se que quanto maior a dosagem e mais longo o tratamento, será mais provável que sejam manifestados os sintomas de privação, mas não existem dados definidos de tempo nem de dosagem necessários para evidenciar a sintomatologia privativa. No geral, o tempo recomendado é de 4-6 semanas, evitando períodos maiores a 6 meses (SALUM et al., 2009).

Os pacientes com maior risco de desenvolver dependência dos BZD são os que apresentam (NASTASY, 2002):

- História de doenças crônicas;
- História prévia de outras dependências ou alcoolismo;
- Transtornos da personalidade, afetivos ou de ansiedade;
- Mulheres;
- Idade avançada;

5.3 Tipos de BZD

Estas drogas atuam potencializando as ações do ácido gama-amino-butírico, o principal neurotransmissor inibitório do Sistema Nervoso Central. Os benzodiazepínicos podem ser classificados de acordo com o tempo de meia vida, isto é, o tempo que a droga permanece na corrente sanguínea, até que a metade dela tenha sido eliminada. Os benzodiazepínicos de curta duração são os que apresentam o maior potencial de abuso (OLIVEIRA, 2013).

- Longa duração (diazepam, flurazepam)
- Média duração (lorazepam, alprazolam)
- Curta duração (triazolam, flunitrazepam, temazepam)

Principais efeitos no organismo (NASTASY, 2002):

- Diminuição da ansiedade;
- Indução do sono;
- Relaxamento muscular;
- Redução do estado de alerta;
- Dificuldade nos processos de aprendizagem e memória.

O uso regular de benzodiazepínicos produz (PEREIRO et al., 2009):

- Sonolência, vertigem e confusão mental;

- Dificuldade de concentração e de lembrar de coisas;
- Náusea, dor de cabeça, alteração do andar (cambaleante)
- Problemas de sono;
- Ansiedade e depressão;
- Tolerância e dependência, após poucos meses de uso;
- Sintomas significativos de abstinência, na retirada abrupta do medicamento;
- Overdose e morte, principalmente se usado com o álcool, que potencializa substancialmente seus efeitos no organismo.

5.4 Transtornos por consumo de benzodiazepínicos

De acordo ao DSM-IV, os transtornos relacionados com substâncias se dividem em dois grupos: os transtornos por consumo (abuso, dependência, intoxicação) e os transtornos induzidos por substâncias (delírios, demências, convulsões, amnésias) (MORAN et al., 2013).

5.4.1 Abuso de benzodiazepínicos

O abuso tem como característica essencial, o padrão não adaptativo de consumo, manifestado por consequências adversas significativas e recorrentes diante ao consumo de BZD e análogos. O problema deve ser persistente ou repetir-se em um período de 12 meses em várias ocasiões. Ao contrário da dependência, não existem problemas de tolerância, nem de abstinência, nem de consumo compulsivo. Somente são consideradas as consequências do consumo repetitivo (RONCERO et al., 2009).

O abuso pode ser dividido em duas formas (OLIVEIRA, 2013):

1. Um uso deliberado que persegue o efeito euforizante ou ansiolítico. Neste grupo são consumidas puras ou em conjunto com outras substâncias para aumentar seus efeitos (ex: metadona), para tratar os sintomas da abstinência (ex: heroína ou álcool) ou para tratar os efeitos secundários (ex: cocaína).

2. Um uso, em princípio, não abusivo de BZD e com cobertura médica para tratar um transtorno susceptível de receber um BZD, mas que acaba fazendo uso inapropriado. Este grupo de pacientes consomem estas drogas em dosagens elevadas e por períodos maiores ao tempo prescrito ou mesmo após a remissão do transtorno primário.

Figura 8. Critérios de abuso de sedantes, hipnóticos ou ansiolíticos (segundo DSM–IV)

A. Un patron desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
1. Consumo recurrente de BZD y análogos, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
2. Consumo recurrente de BZD y análogos en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso. (p. ej., conducir automóviles, accionar máquinas bajo los efectos)
3. Problemas legales repetidos relacionados con las BZD y análogos
4. Consumo continuado de BZD y análogos a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. (p. ej., violencia, discusiones por las consecuencias del uso...)
B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de esta clase de sustancia

Fonte: PEREIRO et al. 2009.

5.4.2 Dependência de benzodiazepínicos

O uso prolongado de BZD conduz a fenômenos de neuroadaptação. A expressão clínica destes fenômenos é o surgimento de sintomas de dependência fisiológica ou farmacológica que, geralmente, são manifestadas no momento de modificar a prescrição e a produção de efeitos cada vez mais intensos com a mesma dosagem do fármaco (MORAN et al., 2013).

Conceitualmente, o termo dependência tem dois significados distintos no DSM-IV. O primeiro significado de dependência na verdade se refere ao “vício” de uma substância, termo que inclui a existência de condutas compulsivas de busca da droga e perda de controle. O outro significado de dependência refere-se a uma “dependência fisiológica”, como reflexo dos fenômenos de neuroadaptação (SECADES et al., 2003).

A dependência é traduzida em sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo continua consumindo os BZD mesmo após o surgimento de problemas significativos relacionados ao seu uso. O vício não é frequentemente observado em pacientes da Atenção primária, nem se observa fenômenos de dependência fisiológica. Pode-se observar uma tolerância do efeito sobre a vigília e resposta psicomotriz. Também não é frequente a tolerância frente aos efeitos ansiolíticos e amnésicos (SECADES et al., 2003).

Figura 9. Critérios de dependência de sedantes, hipnóticos ou ansiolíticos (de acordo ao DSM-IV)

<p>Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses</p>
<p>1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.</p>
<p>2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) Se debe dar tras la interrupción o disminución de un consumo abundante y prolongado de BZD, como mínimo dos de los signos siguientes: -Hiperactividad autonómica (diaforesis, taquicardia...), -Temblor de manos, -Insomnio, -Náuseas o vómitos, -Alucinaciones transitorias auditivas, visuales o táctiles, o ilusiones. -Agitación psicomotora, -Ansiedad, -Crisis comiciales de gran mal. (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</p>
<p>3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía, 4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia, 5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia, 6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia, 7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.</p>

Os fenômenos de abstinência observados na AP são fenômenos clínicos diferentes que se encaixam no termo genérico de “síndrome de supressão” e que se refere aos três fenômenos clínicos distintos. Deve-se realizar um diagnóstico diferencial, já que os três surgem quando se suspende um tratamento com BZD de forma brusca. Estes fenômenos são (NASTASY et al., 2002);

1. Uma síndrome de abstinência real, por dependência fisiológica;
2. O fenômeno de rebote: consiste no reaparecimento da clínica que motivou o tratamento com BZD, de maior intensidade e de maior duração. (Ex: se o objetivo do tratamento foi insônia, surgirá um quadro de insônia de maior intensidade);
3. Recidiva: reaparição progressiva do transtorno que motivou o tratamento, até sua instauração na mesma intensidade. É de início mais demorado e tardio, de duração prolongada e menos intensa que o fenômeno de rebote. Refere-se a uma reativação do quadro ainda não resolvido devido à interrupção do tratamento.

Existem outros fenômenos, frequentes na AP, que podem ser denominados como psico adaptativos. O primeiro, denominado “dependência em baixa dosagem”, consiste na presença de um consumo em baixa dosagem durante anos, mas que o indivíduo se recusa a abandonar a droga por experimentar sintomatologia de ansiedade. (Ex: idoso que toma um hipnótico durante anos e que mantém seu uso, pois quando deixa de usá-lo apresenta insônia ou ansiedade). O segundo é a “pseudo síndrome de abstinência”. Consiste no desenvolvimento de uma ansiedade antecipatória por ter que abandonar o tratamento com BZD (RONCERO et al., 2009).

As manifestações clínicas da dependência fisiológica são conhecidas como síndrome de abstinência. Esta síndrome apresenta uma relação com o predomínio da excitabilidade neuronal. Geralmente aparece em usuários de drogas ou pacientes com outros transtornos psiquiátricos que consomem regularmente BZD e ocasionalmente em pacientes da AP. Trata-se de um conjunto de signos e sintomas secundários à ativação neurovegetativa, que são produzidos após o término ou diminuição brusca do consumo de BZD (RONCERO et al., 2009).

As características específicas da síndrome de abstinência (SA) variam de acordo ao tipo de BZD e características farmacológicas (figuras 9 e 10), frequência de consumo, quantidade e via de administração utilizada. Para sua avaliação existe a escala de CIWA-B (Clinical Institute Withdrawal Assessment – Benzodiazepines), que permite realizar uma avaliação sistematizada (SECADES et al., 2003).

A SA de BZD manifesta-se com ansiedade, insônia, disforia, irritabilidade, hipersensibilidade, sabor metálico, alterações da percepção do movimento, entre outros. Ocasionalmente pode produzir agitação, sintomatologia de mania ou psicótica. Também pode cursar com hiperatividade neurovegetativa, tremor, náuseas, vômitos, parestesias, espasmos, vertigem, convulsões e delirium (RONCERO et al., 2009).

Figura 10. Classificação dos BZD.

Acción	Benzodiazepina	Unión a proteínas plasmáticas	Inicio de acción tras administración	Dosis equivalente (Mg)	Dosis habitual (Mg)
Larga (> 24h)	Clobazam	87-92%	15-45 min.	20	30-50
	Clorazepato	82%	20-45 min.	15	10-30
	Clordiazepóxido	94-97%	15-45 min.	25	10-60
	Diazepam	97-98,5%	15-45 min.	10	2-40
	Flurazepam	97%	15-45 min.	3	3-5
	Halazepam	98%	15-45 min.	20	15-90
	Ketazolam	93%	15-45 min.	15	15-60
	Medazepam	99-99,5%	30-60 min.	10	5-10
Quazepam	95%	15-30 min.	10-15	15	
Intermedia (12-24h)	Bromazepam	74%	15-30 min.	6-12	3-12
	Clonazepam	86%	20-60 min.	0,5-1	0,5-6
	Flunitrazepam	77-88%	15-45 min.	1	0,5-4
	Nitrazepam	87%	15-45 min.	10	2,5-10
	Pinazepam	87%	15-30 min.	10	10
Corta (6-14h)	Alprazolam	70-75%	15-30 min.	0,5-1	1-5
	Lorazepam	85%	30-60 min.	1-2	1-5
	Lormetazepam	85%	15-30 min.	2	0,5-2
	Oxazepam	87-90%	45-90 min.	15-30	15-45
Ultracorta (> 6h)	Midazolam	0,8-2%	15-30 min.	3	7,5-15
	Triazolam	78-85%	15-30 min.	0,5	0,25-1

Fonte: PEREIRO et al. 2009.

Figura 11. Características farmacológicas dos BZD.

<p>Farmacocinética de las benzodiazepinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Liposolubles. -Absorción completa y sin modificaciones por vía oral. -Por vía i.m. la absorción es lenta y errática, excepto con midazolam, clonazepam y lorazepam. -Distribución: % de unión a proteínas elevado (mayor del 95% en las de acción prolongada, 75-85% en las restantes, excepto midazolam 0,8-2%), -Atraviesan la Barrera Hematoencefálica. -Metabolización hepática (hidroxilación, glucoronconjugación, desalquilación). -Algunas tienen metabolitos activos que alargan la vida media. -Eliminación por la orina (diazepam tiene circulación entero-hepática).
<p>Farmacodinámica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Agonistas puros en el lugar de unión benzodiazepínico del receptor GABA. -Múltiples efectos: miorelajante, sedante, ansiolítico, hipnótico, inductor anestésico y anticonvulsivante.
<p>Potencia:</p> <p>Baja: clordiazepóxido, oxazepam.</p> <p>Media: diazepam, clorazepato, clobazam.</p> <p>Alta: lorazepam, clonazepam, flunitrazepam, alprazolam.</p>

Fonte: PEREIRO et al. 2009.

5.4.3 Intoxicação por benzodiazepínicos

A intoxicação produz mudanças fisiológicas ou de comportamento clinicamente significativos, durante o tempo de consumo. São semelhantes aos produzidos pelo consumo de álcool: marcha alterada, linguagem inapropriada, nistagmo, incoordenação motora, quedadas, estupor, convulsões, coma, labilidade emocional e comportamento sexual inapropriado. Destaca-se também o deterioro da memória, manifestada como uma amnésia anterógrada. As características da intoxicação são detalhadas na Tabela 4 (RONCERO et al., 2009).

Tabela 4. Critérios de intoxicação por BZD, de acordo ao DSM-IV

1. Presença de uma síndrome reversível específico dos BZD devido ao seu uso recente.
2. Mudanças psicológicas ou de comportamento clinicamente significativos devido ao efeito da substância sobre o sistema nervoso central.
3. Um ou mais dos seguintes signos: <ul style="list-style-type: none">- Linguagem inapropriada- Incoordenação motora- Marcha instável- Nistagmo- Deterioro da atenção ou memória- Estupor ou coma

Fonte: Própria Autora (2017).

5.5. Tratamento

Quando na prática clínica se detecta um paciente que está em uso de BZD de forma regular, por um período superior a três meses, primeiramente deve-se descartar a existência de sintomas de dependência física, que orientem a necessidade de realizar um tratamento de desintoxicação (OLIVEIRA, 2013).

5.5.1. Tratamento do abuso de BZD

Geralmente os pacientes que abusam de BZD não apresentam dependência física e, portanto, não apresentam necessariamente sintomas de abstinência no momento de descontinuar a dosagem. Porém, um tratamento prolongado não se deve suspender de forma brusca. É aconselhável reduzir a dosagem progressivamente, inicialmente na metade, e mantê-la por um período equivalente a cinco vezes a semivida plasmática e logo suspendê-la (NASTASY et al., 2002).

5.5.2 Tratamento da dependência de BZD

Existem pacientes que apesar das baixas dosagens de consumo, apresentam sintomas de abstinência no momento de suspender a medicação. Se o paciente apresenta dependência física, deve-se propor a realização de desintoxicação ou optar por continuar a prescrição como tratamento de manutenção. Trata-se de uma decisão complexa, mas a consideração de diversos fatores ajuda na escolha do tratamento correto (RONCERO et al., 2009).

Por exemplo, a presença de comportamentos sugestivos de vício, como a compra de comprimidos não prescritos, a falsificação de receitas, a negação de procurar um médico, sugerem a necessidade de propor uma desintoxicação (MORAN et al., 2013).

Tabela 5: Fatores considerados para a escolha do tratamento

Desintoxicação	Manutenção
<ul style="list-style-type: none"> - Desejo do paciente - Consumo durante um breve período - Tratamento prescrito como primeira eleição, sem outra medicação alternativa - Ausência de um diagnóstico correto - Ausência de melhora significativa do transtorno primário - Ausência de períodos significativos de abstinência da droga primária de abuso durante o uso de BZD 	<ul style="list-style-type: none"> Consumo durante um longo período - Dosagem estável mantida durante esse período - Diagnóstico de um transtorno que justifica o uso de BZD - Eficácia da medicação para tratar o transtorno - Uso de outras medicações para tratar o transtorno sem êxito - Presença de períodos significativos de abstinência da droga primária enquanto usava BZD

Fonte: Própria Autora (2017).

De acordo com Roncero et al. (2009), as estratégias para descontinuar o tratamento são:

A. Estratégias de intervenção mínima:

Ao nível da AP, é importante expressar a necessidade de reduzir o uso de BZD para aqueles pacientes que fazem uso destas drogas por períodos maiores a três meses. Destacam-se estratégias de autoajuda para facilitar a redução.

B. Redução gradual da dosagem de BZD:

As estratégias de redução gradual podem ser utilizadas tanto na AP como na atenção especializada, devido à gravidade do surgimento da dependência. As propostas para a redução gradual são:

- Reduzir 25% da dosagem semanalmente;
- Redução de 1/8 da dosagem diária cada duas semanas;
- Redução da dosagem de acordo ao surgimento de sintomas de abstinência (pode durar de 4 semanas ate 1 ano);

Os fatores que devem ser avaliados na velocidade da redução da dosagem para evitar o surgimento de sintomas de abstinência são:

- Dosagem que o paciente está em uso;
- Duração do tratamento (tratamento mais prolongado, reduções mais lentas);
- Experiências prévias de desintoxicação (ex: surgimento de crises convulsivas);
- Idade (idosos mais lentamente).

C. Redução gradual da dosagem de BZD associado a outros fármacos:

Para os casos moderados e graves são propostos diferentes tratamentos farmacológico para diminuir a sintomatologia de abstinência e assim, favorecer o prognóstico a curto e longo prazo. A imipramina vem sendo utilizada para diminuir a intensidade da sintomatologia de abstinência e para melhorar o prognóstico em longo prazo da dependência. Outros antiepilépticos associados à redução gradual da dosagem são: gabapentina, topiramato e pregabalina (RONCERO et al., 2009).

Em pacientes viciados, com comorbidades e com transtorno de ansiedade (ansiedade generalizada, pânico, fobia social), está indicado realizar um tratamento do transtorno primário. Os antidepressivos são eficazes no controle da ansiedade psíquica e somática, e na diminuição da frequência e intensidade dos ataques de pânico (RONCERO et al., 2009).

Figura 12. Fármacos não BZD úteis no tratamento de transtornos de ansiedade em pacientes com dependência.

Fármaco	Uso	Indicación
Hidroxicina	Efecto sedante (insomnio) Ansiolítico,	Insomnio resistente a BZD (autorizado en USA)
Trazodona	Hipnótico Ansiolítico	TAG T, Angustia con agorafobia TOC
Mirtazapina	Efecto sedante (insomnio) Ansiolítico	T, depresivo
Paroxetina	Ansiolítico (eficaz control síntomas psíquicos)	TAG Fobia social T, Estrés postraumático, T, Pánico con agorafobia TOC
Duloxetina	Ansiolítico (eficaz control síntomas psíquicos)	TAG T, depresivo mayor Dolor neuropático periférico diabético
Venlafaxina	Ansiolítico (eficaz control síntomas psíquicos)	TAG T, depresivo Fobia social
Gabapentina	Ansiolítico	Experiencias clínicas (estudios insuficientes), Posible indicación en fobia social
Pregabalina	Ansiolítico	TAG (autorizado en España)
Quetiapina	Ansiolítico Inductor del sueño	TAG (autorizado en USA, a dosis bajas) Esquizofrenia, Trastorno bipolar
Olanzapina	Ansiolítico en casos graves Tratamiento insomnio	Potenciación tratamiento ansiedad refractaria Esquizofrenia Trastorno bipolar

Fonte: PEREIRO et al. 2009.

D. Intervenção psicológica associada à redução gradual progressiva da dosagem de BZD:

Os pacientes com transtorno de pânico ou ansiedade, que são incapazes de interromper a medicação com a diminuição gradual exclusivamente, conseguem bons resultados com a combinação de técnicas de terapia cognitiva (RONCERO et al., 2009).

Tabela 6: Terapias não farmacológicas para o manejo da ansiedade.

Terapias não farmacológicas
<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento de relaxamento; - Tratamento cognitivo e de conduta para a insônia/ ansiedade; - Auto monitorização do consumo e de sintomas; - Psicoeducação para a retirada dos BZD; - Estratégias para abordar a insônia;

Fonte: Própria Autora (2017).

E. Interrupção abrupta acompanhada de tratamento adicional:

Outra opção existente é a interrupção brusca dos BZD, e realizar um tratamento sintomático da síndrome de abstinência com outros fármacos, como por exemplo, a clonidina, antiepilépticos como a carbamazepina ou pregabalina, ou propranolol. Este último sendo útil para o tratamento de tremores e sintomas cardiovasculares, facilitando a retirada das drogas. O tratamento concomitante com a carbamazepina reduz o surgimento de sintomas de abstinência, melhorando o prognóstico em longo prazo da dependência (RONCERO et al., 2009).

5.5.3 Tratamento da intoxicação por BZD

A intoxicação pura e grave por BZD é pouco frequente e neste caso, o grau de depressão respiratória e cardiovascular geralmente é mínima. O mais comum é encontrar um quadro de poli intoxicação e as medidas devem ser as mesmas de qualquer intoxicação. O tratamento da intoxicação por BZD varia de acordo a gravidade do quadro clínico (MORAN et al., 2013):

A. Medidas gerais de suporte.

1. Via aérea permeável e controle de sinais vitais. Análise de sangue, teste alcoólico, medição de tóxicos na urina.

2. Lavado gástrico somente eficaz se nas primeiras duas horas da ingestão. Carvão ativado 1gr/kg em 200ml de água. Devemos estar atentos para evitar os vômitos e broncoaspirações.
3. Administração de antagonista, Flumazenil, EV em bolus 0,2 – 1 mg (4-20 mcg/kg). Pode ser repetido aos cinco minutos se o paciente ainda permanece inconsciente, até no máximo de 5mg. Se não se produz uma resposta, a intoxicação não se deve ao uso do BZD. O flumazenil reverte a sedação, depressão respiratória, amnésia e efeitos psicomotores dos BZD. No geral, não apresenta efeitos cardiovasculares e é um fármaco seguro.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Definições dos problemas

A partir dos dados levantados e da opinião da equipe, foram identificados os principais problemas na comunidade:

- Incremento da incidência de pacientes com DM descontrolada;
- Incremento da incidência de pacientes com HAS descontrolada;
- Incremento da incidência do uso de medicamentos psicotrópicos (ansiolíticos e antidepressivos) em idosos;
- Incremento do número de transtornos nutricionais (dislipidemias e obesidade);
- Incremento da incidência de crianças com transtornos de ansiedade

Após a definição dos problemas apresentados foram selecionados por ordem de urgência e enfrentamento desses problemas seguindo o Método de Estimativa Rápida.

6.2 Priorização dos problemas

Foi feita a priorização dos problemas levantados por ordem de importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela Estratégia Saúde da Família no Município de Jaboticatubas. A priorização (Quadro 1) facilita o entendimento da real situação e propicia condições para planejar melhor as ações.

Quadro 1 – Priorização dos Problemas

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Prioridade****
Incremento da incidência de pacientes com DM descontrolada	Alta	5	Parcial	Total
Incremento da incidência de pacientes com HAS descontrolada	Alta	5	Parcial	Total
Incremento da incidência do uso de medicamentos psicotrópicos em idosos	Alta	10	Parcial	Total
Incremento do número de transtornos nutricionais	Alta	3	Parcial	Total
Incremento da incidência de crianças com transtornos da ansiedade	Alta	2	Parcial	Total

Fonte: Própria Autora, 2017.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

6.3 Descrição do problema selecionado

São comuns as iatrogenias em idosos, mas estas poderiam ser prevenidas na etapa inicial de prescrição, buscando evitar que os efeitos colaterais danosos superem os benefícios. Para o adequado manejo dos psicofármacos em idosos é fundamental que sejam consideradas as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento. Deste modo, como proposta de intervenção para este problema, podemos adotar as seguintes medidas (ZANINI, 2010):

- Preferir, sempre que possível a monoterapia. O idoso, com frequência, se encontra em uso de outros medicamentos, como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e outros, sendo susceptíveis às interações medicamentosas;
 - Iniciar o tratamento com a menor dose possível, que deverá ser elevada paulatinamente, com base na resposta terapêutica e na tolerabilidade. Em função das alterações farmacocinéticas citadas, o idoso apresenta maior susceptibilidade a efeitos colaterais e boa resposta às doses baixas de medicamentos. (Recomenda-se iniciar com metade a um terço das doses iniciais recomendadas para adultos jovens);
 - Evitar drogas com acentuado perfil de efeito colateral. Pacientes são também mais sujeitos às complicações decorrentes desses efeitos colaterais (por exemplo, as fraturas decorrentes de quedas);
 - Não usar medicamentos apenas em função de seus efeitos colaterais, uma vez que tal prática aumenta a chance de iatrogenia. (Por exemplo, o uso de prometazina para fins de sedação);
 - Realizar uma retirada gradual da medicação, sendo recomendada mesmo para pacientes que usam doses terapêuticas. Além das vantagens relacionadas ao menor índice de sintomas e maior possibilidade de sucesso, essa técnica é facilmente executável. (Alguns médicos preferem reduzir um quarto da dose por semana, ou pode-se negociar com o paciente um prazo: em torno de 6 a 8 semanas);
 - Suporte psicológico deve ser oferecido e mantido tanto durante quanto após a redução da dose, incluindo informações sobre os benzodiazepínicos, promoção de medidas não farmacológicas para lidar com a ansiedade;
 - Oferecer suporte à longo prazo;
 - Realizar a “Higiene do sono”:
- Inicialmente devemos adotar horários regulares de sono, evitar cochilos prolongados à tarde; quando a sesta (ou descanso após o almoço) é hábito, ela não deve ultrapassar uma hora, não prejudicando assim o sono noturno; o quarto deve conter as condições mínimas de conforto e devemos utilizá-lo apenas para dormir.

- Um banho morno duas horas antes de dormir, pode ajudar a relaxar e reduzir a temperatura corporal, o que é necessário para desencadear o sono.
- Prática regular de exercícios físicos, sempre pelo menos 6 horas antes do horário principal de sono.
- A alimentação também pode afetar o ciclo sono-vigília. Evitar agentes estimulantes com cafeína (café, chá, chocolate, refrigerantes e nicotina), refeições pesadas e excesso de líquidos antes de deitar é interessante. Um lanche leve antes de dormir, rico em carboidratos pode auxiliar.
- O uso de álcool como sedativo deve ser evitado e se consumido pelo menos 6 horas antes do horário de dormir.
- A nicotina também funciona como estimulante e deve se evitada.
- O ideal é ir para a cama com sono e não insistir em ficar na cama levantando-se após uns 20 a 30 minutos e só voltar ao leito quando sonolento. O fato de ficarmos acordados no leito, olhando para o relógio e vendo o tempo passar, induz ao estresse e a preocupação excessiva com o sono.
- São sugeridas atividades relaxantes próximas ao horário de sono, como ler, pintar, bordar, escutar boa música. Nada de assistir a um filme de ação ou telejornal, carregado de notícias ruins que vão gerar preocupações.

Realizar a “Higiene da mente”: é o nome dado à parte da higiene responsável pela saúde mental, pois ela também deve sofrer uma limpeza. Está associada ao trabalho, estudos e descanso. O corpo humano necessita de repouso e um período para o lazer, para que a mente se distraia e descanse (ZANINI, 2010).

6.4 Explicação do problema

A dependência de benzodiazepínicos (BZD) é um quadro com peculiaridades em relação a outras formas de dependência. Como o uso é, muitas vezes, incentivado e mantido pelos próprios profissionais de saúde - ainda que não haja indicações clínicas claras em muitos destes casos - alguns fenômenos comuns à Síndrome de Dependência de outras substâncias podem não estar tão evidentes (OLIVEIRA, 2013).

É uma dependência que, por vezes, ocorre em doses próximas à terapêutica, dificultando a percepção de que há um uso problemático da droga. Assim, é preciso treinamento adequado para melhor reconhecimento dos casos em que: 1) o uso do BZD não está bem indicado; 2) o paciente faz uso não-médico dos BZDs (especialmente por meio de auto-diagnóstico e auto-medicação) e, finalmente, 3) pacientes que apresentam quadros de Síndrome de Dependência de Benzodiazepínicos (OLIVEIRA, 2013).

6.5 Seleção dos “Nós Críticos”

Quadro 2. Seleção dos “Nós Críticos” para enfrentamento pela ESF Duarte Henriques de Freitas (Equipe Rosa), no Município de Jaboticatubas.

<u>Nó crítico 1</u>	Consultas devido à ansiedade/ insônia
Projeto	“Noites Tranquilas”
Resultados	Redução da ansiedade e nervosismo; noites de sono reparador
<u>Nó crítico 2</u>	Hábitos e estilos de vida inadequados
Projeto	“Vida Ativa”
Resultados	Exercitar a saúde física e mental; alimentação mais saudável e realização de atividade física
<u>Nó crítico 3</u>	Dificuldade em estabelecer um diálogo entre pacientes e especialistas
Projeto	“Diálogo sem Fronteiras”
Resultados	Melhora do diálogo existente entre profissionais da saúde e especialistas, obtendo um acompanhamento adequado dos casos: apoio do NASF e psiquiatra
<u>Nó crítico 4</u>	Tratamento farmacológico inadequado
Projeto	“Prescrição Consciente”
Resultados	Conscientização sobre o uso adequado dos psicotrópicos e BZDs; redução das prescrições e conseqüentemente do uso destas drogas
<u>Nó crítico 5</u>	Uso crônico de Bzds pelos usuários
Projeto	“Vida sem limites: Adeus receita”
Resultados	Suspensão do uso crônico de BZDs, evitando a ocorrência de efeitos adversos. Prevenção do desenvolvimento da dependência à essas drogas.

Fonte: Própria Autora, 2017.

6.6 Desenho das operações

Abaixo serão descritos os desenhos das operações para enfrentamento dos nós críticos estabelecidos.

Quadro 3. Desenho das Operações para os nós críticos na ESF Duarte Henriques de Freitas (Equipe Rosa), no Município de Jaboticatubas.

Nós críticos	Operação Projeto	Resultado esperado	Produto esperado	Recursos necessários
Aumento do número de consultas devido a quadros de ansiedade/insônia	Realizar palestras sobre os transtornos de ansiedade/insônia possibilitando a discussão de casos e ampliando os conhecimentos	Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre a sua doença e como se cuidar	Pacientes tranquilos/sono de qualidade	<p>Cognitivos Importância do conhecimento da doença de forma geral.</p> <p>Financeiros Imprimir folhetos de informação da doença e materiais audiovisuais relacionados.</p> <p>Organizacional Recursos humanos e equipamentos necessários.</p> <p>Políticos Mobilização da população com esses transtornos para as palestras.</p>
Hábitos e estilos de vida inadequados da população	Modificar hábitos alimentares inadequados mediante orientação da equipe e incentivar a realização de atividade física	Alimentação saudável/ Higiene da mente	Criação de academias ao ar livre e centros de lazer	<p>Cognitivo Informação e conhecimento sobre o tema.</p> <p>Organizacional Recursos humanos, equipamentos necessários.</p> <p>Financeiros Folhetos de informação do tema, materiais audiovisuais e outros.</p> <p>Políticos Mobilização da população para o controle e palestras</p>

Continuação do Quadro 3.

Nós críticos	Operação Projeto	Resultado esperado	Produto esperado	Recursos necessários
Dificuldade para estabelecer um diálogo entre os pacientes e especialistas	Melhorar o acompanhamento e controle dos pacientes na atenção secundária. Estabelecer os mecanismos de referência e contra referências.	Melhor atenção e acompanhamento destes pacientes	Participação ativa do NASF e profissionais de Saúde Mental	Cognitivo Elaboração do projeto e protocolos. Organizacional Estabelecimento de referência e contra referência. Financeiros Aumento das consultas com especialistas e recursos necessários Político Comunicação inersetorial. Adesão dos profissionais.
Tratamento farmacológico inadequado	Conscientização sobre o uso adequado de psicotrópicos	Ampliar o conhecimento da população sobre os danos destes medicamentos	Redução do uso de BZD	Cognitivo Informação e conhecimento sobre o tema. Organizacional Recursos humanos, equipamentos necessários. Financeiros Folhetos de informação do tema, materiais audiovisuais e outros. Político Estabelecer as parcerias entre os meios de comunicação e os postos de saúde.

Continuação do Quadro 3.

Nós críticos	Operação Projeto	Resultado esperado	Produto esperado	Recursos necessários
Uso crônico de BZD pelos pacientes	Suspender o uso de BZD	Evitar a ocorrência de dependência a estas drogas	Pacientes estáveis sem a medicação	<p>Cognitivo Informação e conhecimento sobre o tema/ protocolos</p> <p>Organizacional Recursos humanos, equipamentos necessários.</p> <p>Financeiros Folhetos de informação do tema</p> <p>Político Estabelecer as parcerias entre os profissionais de saúde e especialistas</p>

Fonte: Própria Autora, 2017.

6.7 Identificação dos recursos críticos

No quadro abaixo serão identificados os recursos críticos de serem alcançados para cada operação/projeto a ser desenvolvido frente aos nós críticos estabelecidos.

Quadro 4: Identificação dos recursos críticos para operação/ projeto na ESF Duarte Henriques de Freitas (Equipe Rosa), do município de Jaboticatubas.

OPERAÇÃO – PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Ampliar os conhecimentos sobre os transtornos de ansiedade/insônia	<u>Cognitivo/ Financeiro</u> Folhetos de informação do tema.
Melhoria da qualidade de vida da população	<u>Cognitivo/Político</u> Informação e conhecimento sobre o tema. Incentivar a realização de atividade física (Academias ao ar livre)
Atenção multiprofissional e capacitações em saúde mental	<u>Financeiros</u> Para aumento das consultas com especialistas e recursos necessários.
Diminuir o uso inadequado de BZD na população idosa (Prescrição consciente)	<u>Político/ Cognitivo</u> Estabelecer a parceria entre os postos de saúde e os meios de comunicação.

Fonte: Própria Autora, 2017.

6.8 Plano Operativo

Quadro 5 - Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<p>“Noites Tranquilas”</p> <p>- Higiene do sono</p> <p>- Modificar os hábitos de vida</p>	<p>-Redução da ansiedade</p> <p>-Noites de sono reparador</p>	<p>-Pacientes tranquilos, sem ansiedade</p> <p>-Sono de melhor qualidade</p>	<p>Elaborar cartazes e palestras para a população na UBS</p>	<p>Médico</p> <p>Enfermeira</p> <p>ACSs</p>	<p>Três meses para iniciar as atividades</p>
<p>“Vida Ativa”</p> <p>-Higiene da mente</p> <p>-Melhorar a qualidade de vida</p>	<p>-Exercitar a saúde física e mental</p> <p>-Alimentação saudável</p>	<p>-Academias ao ar livre</p> <p>-Centros culturais e de lazer</p> <p>-Apoio ao NASF</p>	<p>Apresentar o projeto para o prefeito e profissionais da área da saúde</p>	<p>Médico, Educador Físico, NASF, Secretaria de Saúde, Coordenador ABS</p>	<p>Projeto em três meses</p> <p>Seis meses para iniciar as atividades</p>
<p>“Diálogo sem Fronteiras”</p> <p>- Melhorar o diálogo entre pacientes e equipe de trabalho</p>	<p>-Apoio de Psiquiatria</p> <p>-Acompanhar com o NASF</p> <p>-Participação CAPS</p>	<p>-Debates sobre os casos</p> <p>-Capacitação em saúde mental</p> <p>-Estabelecer o acompanhamento com especialistas</p>	<p>Apresentar a proposta em reunião com os profissionais da saúde e secretaria de saúde</p>	<p>Médico, Coordenador da ABS, NASF, Psiquiatria</p>	<p>Iniciar em três meses e termino em seis meses.</p>
<p>“Prescrição Consciente”</p> <p>-Prescrição responsável e racional de BZDs</p>	<p>Conscientizar sobre uso adequado de psicotrópicos e BZDs</p>	<p>-Iniciar com a menor dose</p> <p>-Preferir a monoterapia</p> <p>-Reduzir BZDs</p>	<p>Palestras sobre os efeitos dos BZDs</p> <p>Apoio da farmácia</p>	<p>Médico, Farmacêutico</p>	<p>Início em quatro meses e termino em seis meses</p>
<p>“Vida sem Limites: Adeus Receita”</p> <p>-Interromper e/ou suspender o uso de BZDs</p>	<p>-Interromper o uso crônico de BZDs</p> <p>-Evitar ocorrência de efeitos adversos</p> <p>-Prevenção da dependência a essas drogas</p>	<p>-Redução do uso de BZDs</p>	<p>Optar e preferir pela associação de outras drogas não BZDs</p> <p>-Realizar retirada gradual da medicação</p>	<p>Médico e Farmaceutico</p>	<p>Início em três meses e término em um ano</p>

Fonte: Própria Autora, 2017.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os BZD constituem um grupo de fármacos muito prescritos tanto na AP como em Saúde mental. Seu consumo é mais frequente em mulheres do que em homens, sendo os idosos um grupo muito vulnerável e por isso é muito importante conhecer as características destes pacientes com maior risco de abuso para preveni-los.

É comum que o médico da família seja responsável pelo uso limitado ou ilimitado dos BZD, concluindo-se que, tanto sua pouca percepção no risco quanto sua prescrição indiscriminada em várias patologias, expliquem a elevada prevalência do abuso e do uso inadequado dos BZD.

Os riscos farmacológicos de toxicidade e transtornos no rendimento psicomotor são bem conhecidos. Os benzodiazepínicos de curta duração são os que apresentam o maior potencial de abuso, recomendando-se uma duração de tratamento entre 4-6 semanas, evitando períodos maiores a 6 meses.

O vício não é frequentemente observado em pacientes da AP, nem se observa fenômenos de dependência fisiológica. Pode-se observar uma tolerância do efeito sobre a vigília e resposta psicomotriz. Também não é frequente a tolerância frente aos efeitos ansiolíticos e amnésicos.

Quando na prática clínica se detecta um paciente que está em uso de BZD de forma regular, por um período superior a três meses, primeiramente deve-se descartar a existência de sintomas de dependência física, que orientem a necessidade de realizar um tratamento de desintoxicação. As estratégias de redução gradual podem ser utilizadas tanto na AP como na atenção especializada, devido à gravidade do surgimento da dependência, sendo realizadas com cautela para evitar o surgimento de sintomas de abstinência.

Por isso, o uso irracional dos benzodiazepínicos trata-se de uma importante questão a ser avaliada pelas equipes multiprofissionais na saúde pública, para que situações de consumo prolongado destes medicamentos sejam evitadas. Pode-se então concluir que, a senescência traz um conjunto de mudanças ao indivíduo: neuropsicológicas, morfológicas, fisiológicas, sociais e culturais. O ingresso nessa faixa etária é um processo dinâmico, que pede ao idoso a prática de sua capacidade de adaptação a este processo e ao meio em que está inserido. Cabe ao idoso, aos seus parentes e profissionais da área de saúde fazer também dessa fase um momento agradável.

Por tanto, com esta proposta de intervenção, espera-se reduzir o uso indevido de BZD na nossa equipe e no município.

REFERÊNCIAS

BEJARANO, R. F.; MORESO, J. L.; MORA, G. N.; CLAVER, L. P.; BRULL, L. N.; BASORA, G. J. Elevado consumo de benzodíacepinas em mujeres ancianas assignas a centros de salud urbanos de atención primaria. **Aten Primaria**, v.40, p.617-622, 2008.

BURGER, M. **Curso de Actualización Drogas de Abuso**. Aspectos clínicos e terapêuticos. Montevideo: Universidad de la República, 2005.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em 24 de Janeiro de 2017.

DATASUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em 24 de Janeiro de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2010.

MORAN, I. et al. **Toxicología Clínica**. 2013. Disponível em: http://www.fetoc.es/asistencia/Toxicologia_clinica_libro.pdf.

NASTASY, H. et al. “Diretrizes: Abuso e dependência dos Benzodiazepínicos, Associação Brasileira de Psiquiatria”, 2002. Disponível em: <http://www.viverbem.fmb.unesp.br>

OLIVEIRA, A. C. G. **Uso e Abuso dos Benzodiazepínicos: Revisão bibliográfica para os profissionais de saúde da Atenção Básica.** Dissertação (TCC) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

PEREIRO, G. C. et al. **Manual de adicciones para médicos especialistas em formación.** Sociedad Científica Española de Estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxico manias. 2009.

RONCERO, C. et al. **Benzodiazepinas. Manual de adicciones para médicos especialistas em formación.** Sociedad Científica Española de Estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxico manias. 2009.

SALUM, G. A.; BLAYA, C.; MANFRO, G. G. Transtorno do pânico. **Rev. Psiquiatr RS**, v.31, n.2, p.86-94, 2009.

SECADES, V. R.; RODRIGUEZ, G. E.; VALDERREY, B. J.; FERNANDEZ H. J.R.; VALLEJO, S. G. et al. El consumo de psicofarmacos em pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). **Psicothema**, v.15, n.4, p.650-655, 2003.

WIKIPEDIA. Enciclopédia livre. Jaboticatubas. Disponível em:
<<https://pt.wikipedia.org/wiki/Jaboticatubas>> Acesso em: 21 de Julho de 2017.

ZANINI, R. S. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Rev. Neurocienc**, v.18, n.2, p.220-226, 2010.