

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

WILLIAN DOS REIS ALVES

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O USO ABUSIVO E
INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS NOS USUÁRIOS DA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SANTO ANTÔNIO, MUNICÍPIO DE DOM BOSCO, MINAS GERAIS**

UNAI/ MG

2019

WILLIAN DOS REIS ALVES

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O USO ABUSIVO E
INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS NOS USUÁRIOS DA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SANTO ANTÔNIO, MUNICÍPIO DE DOM BOSCO, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

UNAI/MG

2019

WILLIAN DOS REIS ALVES

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O USO ABUSIVO E
INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS NOS USUÁRIOS DA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SANTO ANTÔNIO, MUNICÍPIO DE DOM BOSCO, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - UFTM

Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 16 de abril de 2019.

DEDICATÓRIA

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, amigos, tutores, professores e todos aqueles que sempre me apoiaram e acreditaram que eu poderia conseguir, o meu sincero obrigado a todos

Uma grande ideia oriunda de profunda reflexão sem uma ação para colocá-la em prática é o mesmo que frustração.

Paulo Vieira

RESUMO

Um dos grandes problemas enfrentados na Atenção Primária à Saúde são as doenças mentais que têm recebido, por vezes, uma atenção de forma pouco criteriosa, o que tem levado a prescrições de medicações, principalmente os benzodiazepínicos, de forma indiscriminada, sem indicação devidamente orientada. Estes medicamentos são drogas hipnóticas e ansiolíticas que podem levar à dependência dos usuários. Um grande problema enfrentado pela comunidade de Santo Antônio, localizada na zona rural de Dom Bosco, Estado de Minas Gerais é o alto uso de benzodiazepínicos, com altas taxas de renovação de receitas, o que levou a observação de que muitos usuários tomavam a medicação e sequer sabiam o motivo. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para reduzir o uso abusivo e indiscriminado de benzodiazepínicos nos usuários dessa comunidade. Foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional para a definição do problema, para a definição dos “nós críticos” e para a construção do plano de ação. Também foi realizada uma revisão da literatura acerca do tema. Espera-se que a implantação dessa proposta de intervenção contribua para aperfeiçoar a atividade profissional da equipe, na perspectiva de oferecer uma atenção com maior qualidade, refletindo em melhores condições de saúde aos usuários.

Palavras-chave: Clonazepan. Diazepam. Dependência. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

One of the major problems faced in Primary Health Care is the mental illnesses that have not received necessary attention, which has led to medication prescriptions, especially benzodiazepines, in an indiscriminate way, without a properly oriented indication. These medications are hypnotic and anxiolytic drugs that can lead to dependence on users. A major problem faced by the community of Santo Antonio, located in the rural area of Don Bosco, State of Minas Gerais, is the high use of benzodiazepines, with high rates of revenue renewal, which led to the observation that many users took medication and they did not even know why. The objective of this study was to elaborate an intervention plan to reduce the abusive and indiscriminate use of benzodiazepines in the users of this community. The Strategic Situational Planning method was used to define the problem, to define the "critical nodes" and to construct the action plan. A review of the literature on the subject was also carried out. It is hoped that the implementation of this intervention proposal will contribute to improve the professional activity of the team, with a view to offering better quality care, reflecting better health conditions for users.

Keywords: Clonazepam. Diazepam. Dependency. Family Health Strategy. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município	10
1.2 Aspectos da comunidade	11
1.3 O sistema municipal de saúde	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde Ronivon José Candido da Fonseca	12
1.5 A Equipe de Saúde da Família de Santo Antônio, da Unidade Básica de Saúde Ronivon José Candido da Fonseca	12
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Santo Antônio	13
1.7 O dia a dia da equipe de Santo Antônio	13
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	13
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema (segundo passo)	14
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 Atenção Básica à Saúde	19
5.2 Benzodiazepínicos	20
5.3 Atuação da ESF na dependência de benzodiazepínicos	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado	23
6.2 Explicação do problema	23
6.3 Seleção dos nós críticos	23
6.4 Desenho das operações	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Segundo estimativa do IBGE para o ano de 2017, Dom Bosco é uma cidade com 3.818 moradores, localizada na região noroeste e distante 548 km da capital do Estado. A adoção do nome Dom Bosco e sua emancipação se deu pela Lei 12.030, de 21 de dezembro de 1995) (BRASIL, 2016).

Como em várias cidades brasileiras, Dom Bosco é uma cidade do interior, agrícola, cujo crescimento populacional não foi acompanhado pelo correspondente crescimento econômico, de infraestrutura e, muito menos, de um desenvolvimento social. Devido à sua situação geográfica não estratégica, pois se localiza a muito distante de centros urbanos, é uma comunidade humilde, que não possui muita renda, dependente de programas do governo como bolsa família. A violência e consumo de drogas são baixos, mas os índices de consumo de álcool e tabagismo são altíssimos pois não há muito lazer oferecido na cidade.

A cidade vive basicamente da agricultura (época das chuvas) e pecuária, não há indústrias e somente no distrito de Santo Antônio há uma empresa na cidade vizinha onde algumas pessoas possuem carteira assinada e plano de saúde.

A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas, isso faz com que cargos públicos geralmente sejam oferecidos em troca de apoio político, em um jogo de política que fica bem aparente no dia a dia.

A cidade sempre teve uma tradição forte na área religiosa: movimentava a cidade as festas regionais de Nossa Senhora Aparecida (em outubro) e de São João Dom Bosco, padroeiro cidade.

Na área de saúde possui uma unidade de saúde, onde funciona Unidade de Saúde da Família (USF) durante o dia e unidade de saúde a noite, e uma USF no distrito de Santo Antônio que funciona somente em horário comercial. A referência para consultas e exames de média complexidade é Unaí, a 100 km de distância, para onde são encaminhados os atendimentos de urgência e emergência. Um grande problema no desenvolvimento da unidade saúde é em relação a demanda da cidade que é muito pequena, não tendo condições para contrato de especialidades, as vezes necessárias, o que é feito através de consórcio médico entre cidades e a cargo dos municípios.

1.2 Aspectos da comunidade

Santo Antônio é uma comunidade de cerca de 1472 habitantes, localizada na zona rural de Dom Bosco, que se formou, principalmente, a beira do Rio Preto, devido a pesca e a agricultura irrigada, formada as margens do rio, com a conseqüente agricultura familiar de subsistência. Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho de uma empresa rural que planta cana de açúcar para produção de álcool e açúcar, do plantio de batata, melancia, milho, arroz, feijão em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas as margens do Rio Preto. É grande o número de desempregados e subempregados na região devido os períodos entre safra na região.

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e a coleta de lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias, em casas de barro, sem pisos no chão, energia, principalmente na zona rural afastada do distrito de Santo Antônio e da cidade de Dom Bosco. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, pois eram obrigados a trabalhar desde a infância e ajudar em casa desde cedo. Infelizmente, ainda faltam creches e asilos na comunidade de Santo Antônio.

Um dos grandes problemas é a falta de lazer da comunidade, que assim enfrenta grande problema de tabagismo e álcool. Existem poucas iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e Organizações não Governamentais (ONGs). A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas que acontece em junho e julho. No distrito de Santo Antônio, trabalha somente uma Equipe de Saúde da Família.

1.3 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde é assim formado:

Atenção primária: Duas equipes de estratégia de saúde da família (ESF) com saúde bucal

Atenção especializada: é feita pelo SUS-fácil e a grande ajuda do consórcio Convas que o município possui. Atendimento médico psiquiátrico é feito uma vez por mês por meio do convênio.

Atenção hospitalar: é realizada nas referências em Unai e Hospital de base de Brasília em casos mais complexos.

Atenção de urgência e emergência: referenciado para pronto atendimento de Unaí.

Apoio diagnóstico: realizado no centro de bioquímica da unidade de saúde de Dom Bosco, e também pelo Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) de Unaí, com um desconto pelo convênio.

Assistência farmacêutica: o município conta com a farmácia de Minas que recebe incentivo para aquisição de medicamentos e também município entra com contra partida

Vigilância da saúde: feito pelos agentes de vigilância de saúde que se localizam em anexo a UBS de Dom Bosco.

Vigilância sanitária: feito pelos agentes contratados da prefeitura.

Relação com outros municípios: feita através do Convas em Paracatu e pelo SUS fácil em Unaí.

Consórcio de saúde: possui o Convas

Modelo de atenção: somente possui a unidade de saúde de Dom Bosco e uma USF que se localiza no distrito.

1.4 A Unidade Básica de Saúde de Ronivon José Candido da Fonseca

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Ronivon José Candido da Fonseca é localizada do distrito de Santo Antônio a 40 km da cidade. A estrutura do local é nova, foi inaugurado a cinco anos, com amplo espaço preenchendo todos os requisitos para uma USF, possuindo sala de reuniões, entre outros. A área destinada à recepção é grande, mas mesmo assim nas segundas feiras sempre fica tumultuado pela alta demanda, pois não existe médico na comunidade aos finais de semana. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas geralmente na quadra da escola que se localiza a um quarteirão da unidade, lugar amplo e arejado que possui grande espaço para palestras e trabalho em grupos. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. Foi feita a requisição para um desfibrilador externo portátil (DEA) e material para entubação, visto que atendimento emergencial mais próximo fica a 100 km de distância.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Santo Antônio da Unidade Básica de Saúde Ronivon José Candido da Fonseca

A Equipe de Saúde da Família Santo Antônio da Unidade Básica de Saúde Ronivon José Candido da Fonseca é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de

enfermagem, quatro ACS, uma recepcionista, um auxiliar de serviços gerais e dois motoristas que se revezam em uma escala.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Ronivon José Candido da Fonseca da Equipe de Santo Antônio

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 h às 17 horas e, para tanto, é necessário o apoio da secretária que trabalha como recepcionista e auxiliar de dentista. Os ACS, além de fazerem visitas, participam de campanhas, reuniões, atividades educativas e ainda auxiliam em campanhas de vacinação e na recepção, juntamente com o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro.

1.7 O dia a dia da equipe de Santo Antônio

O tempo da Equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea, consultas agendadas e trabalho longitudinal com os usuários, com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos. Está se tentando implementar o Hiperdia, onde irá se explicar a importância do controle pressórico e diabetes, renovação de receitas, nutrição saudável.

O trabalho na ESF é dificultado pelo fato dos funcionários morarem longe da unidade que se localiza a 40 km da cidade. Os ACS vão uma vez por semana à unidade para fazer a digitação das visitas. O médico e a enfermeira trabalham de segunda a quinta. A técnica de enfermagem e a recepcionista trabalham de segunda a sexta das 7 às 17 horas. As visitas domiciliares são feitas durante as quartas feiras, mas são dificultadas pelas longas distâncias.

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

Os problemas de saúde do território foram levantados juntamente com a Equipe de Saúde, foram selecionados os temas mais frequentes e relevantes da população adscrita no território.

Lista de problemas: Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) descompensados, alcoolismo, doença mental, uso abusivo de benzodiazepínicos (BZD), não adesão aos tratamentos propostos, desconhecimento sobre o tratamento e as complicações do não controle da doença, abandono ao tratamento e tabagismo.

Os usuários hipertensos e diabéticos são um grande problema para a ESF, uma vez que a maioria não sabe a real importância do controle pressórico e dos níveis glicêmicos. Foi discutido pela equipe que há a necessidade de uma maior interação ACS e usuário e também médico usuário para uma melhor aderência ao tratamento e o não abandono. Descobriu-se que muitos dos usuários, ao passar dos dias, param com a medicação por estarem se sentindo melhor e achar que não necessitam de mais medicações. Depois de seis meses ou até um ano voltam à unidade de saúde com complicações ou queixas relacionadas ao não controle dessas enfermidades. Muitos também não tomam as medicações aos finais de semana e até durante semanas porque ingerem muita bebida alcoólica e acham que podem morrer se misturar a medicação com o álcool.

Há uma crença muito forte na região com usos de chás, muitas das vezes o usuário sabe de sua condição, mas se nega usar medicações, pois acha que somente com chás poderão controlar os níveis pressóricos e glicêmicos. Muitos usuários moram longe do distrito onde se localiza a unidade de saúde, sendo muito difícil ter um controle mais adequado. Discutiu-se que o médico e a enfermeira irão capacitar os ACS para uma melhor explicação acerca da continuidade do tratamento e da grande importância dessas enfermidades e o Hiperdia será realizado todo mês na comunidade, para esclarecer eventuais dúvidas, renovar receitas, explicar a importância do controle dessas doenças e suas possíveis complicações.

Outro grande problema enfrentado é o alto uso de BZD, com altas taxas de renovação de receitas, o que levou a observação de que muitos usuários tomavam a medicação e sequer sabiam o motivo. A equipe vem enfrentando dificuldades para lidar com estes e, principalmente, com os que desejam por conta própria tal medicação.

1.9 Priorização dos problemas– a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Santo Antônio, Unidade Básica de Saúde Ronivon José Candido da Fonseca, Município de Dom Bosco, Estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*		Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Uso indiscriminado de BZD	alta		6	parcial	1
HAS mais DM descompensados	alta		5	total	4
Alcoolismo	media		4	fora	3
Doença mental	media		6	parcial	2
Não adesão aos tratamentos propostos	media		4	total	5
Tabagismo	baixa		2	total	7
Abandono ao tratamento	baixa		3	total	6

Fonte: Autoria própria, 2019

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Entre os fármacos psicotrópicos, destacam-se os BZD, cuja popularização do uso evidenciou novos problemas, decorrentes principalmente do uso inadequado. A dependência química dos mesmos, com todas as suas implicações passaram a constituir grande preocupação para a saúde pública, deixando clara a necessidade de intervenção (NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012). Seu uso causa um grande custo ao Estado, tanto para sua compra como em função das consequências de seu uso crônico como a dependência química, o aumento no risco de acidentes de trânsito, acidentes domésticos, queda em idosos, complicações em interações com outros medicamentos, diminuição da produtividade, absenteísmo, entre outras.

Assim, torna-se essencial compreender os padrões de utilização desses medicamentos, com o objetivo de estabelecer caminhos para seu uso racional, melhoria da qualidade de vida e manutenção da capacidade funcional dos usuários.

Devido a elevada procura de medicamentos como o Diazepam e Clonazepam pelos usuários da equipe de Saúde de Santo Antônio, Unidade Básica de Saúde Ronivon José Candido da Fonseca, Município de Dom Bosco, Estado de Minas Gerais, identificou-se a necessidade de averiguar em que contexto o fármaco foi prescrito inicialmente, onde foi prescrito, qual acompanhamento é feito e qual é a frequência de consultas e fazer um plano de intervenção para diminuir seu uso indiscriminado nessa população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para reduzir o uso abusivo e indiscriminado de benzodiazepínicos nos usuários da área de abrangência da equipe de Saúde de Santo Antônio, da Unidade Básica de Saúde Ronivon José Candido da Fonseca, Município de Dom Bosco, Estado de Minas Gerais

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os usuários de BZD, o motivo pelo qual iniciaram a medicação e sua frequência,
- Identificar as razões pelas quais o usuário recebeu a prescrição, acompanhamento e quem prescreveu a medicação,
- Identificar os usuários que utilizam a medicação sem indicação,
- Propor um maior controle dos usuários que utilizam a medicação e um maior rigor quanto a indicação de sua utilização,
- Propor campanhas para conscientização da dependência dos benzodiazepínicos,
- Propor o desmame para aqueles usuários que não possuem indicação para a utilização desses fármacos.

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção para o enfrentamento do problema identificado pela Equipe de Saúde elaborado foi baseado nos dez passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), que compreende: identificação dos problemas, classificação e priorização de problemas, explicação do problema selecionado, descrição do problema selecionado, seleção dos "nós críticos", desenho das operações, identificação dos recursos necessários, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e gestão do plano.

Inicialmente foram levantados os principais problemas da comunidade através do Método de Estimativa Rápida e realizada priorização dos mesmos, de acordo com sua urgência e governabilidade. A definição do tema prioritário foi feita em conjunto com toda a equipe, o tema escolhido foi o uso indiscriminado de BZD. A seguir o problema selecionado foi descrito e explicado, identificado suas causas e consequências. A partir daí foram selecionados os nós críticos e desenho das operações

Para desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de obter maior embasamento científico sobre o assunto. A revisão de literatura foi realizada através de descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2019), utilizando: Clonazepam, Diazepam, Dependência, Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde. A pesquisa foi feita com busca em artigos indexados nas bases de dados como Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde) e SciElo (Scientific Electronic Library Online).

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, sendo ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

É definida como:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 1).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), visa à reorganização da Atenção Básica (AB) no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

A ESF tornou-se a principal estratégia de ampliação e consolidação da AB no Brasil, alcançando uma cobertura de 64% da população brasileira, resultado impulsionado por seu papel prioritário na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que reúne as diretrizes orientadoras das ações dos governos federal, estaduais e municipais nesta área. Esta prioridade do modelo assistencial da ESF no âmbito do SUS, entretanto, ficou ameaçada com a revisão da PNAB (PAIM, 2017), que cria alternativas para a configuração e implementação da Atenção Básica, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locais, ampliando a liberdade de escolha dos gestores do SUS para responder às demandas de um processo de descentralização mais efetivo. Entretanto, esse processo só se completaria com a transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, e com os mecanismos de controle social e participação popular (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2017).

Entre os problemas mais frequentes dos usuários assistidos pela Equipe de Saúde da Família Santo Antônio da Unidade Básica de Saúde Ronivon José Candido da Fonseca está o

uso abusivo de BZD, com altas taxas de renovação de receitas, o que levou a observação de que muitos usuários tomavam a medicação e sequer sabiam o motivo.

5.2 Benzodiazepínicos

Desde que foi lançado no mercado farmacêutico pelo laboratório Roche em 1950, os BZD lideram a classe de ansiolíticos, ocorrendo sucessivamente modificações na indicação da droga de primeira escolha, como ocorreu no ano de 1963, quando o Diazepam, lançado pela empresa farmacêutica Roche superou o primeiro benzodiazepínico, o Clordiazepóxido (AMORIM; BARBOSA, 2009).

A partir daí, foram sintetizados mais de 3000 compostos BZD, sendo 35 disponíveis para uso médico. Sua eficácia nos transtornos ansiosos, além de ação hipnótica, amnésica, anticonvulsivante e relaxante muscular foram comprovadas por estudos clínicos e parte de sua popularidade no meio médico se deveu à margem de segurança oferecida por essa classe de fármacos, substituindo, assim, os barbitúricos como tranquilizantes e hipnóticos (QUARANTINI et al., 2011).

Os BZD se tornaram os fármacos mais prescritos no mundo nas décadas de 60 e 70, alcançando estabilidade e até redução no número de novas prescrições após medidas de controle adotadas em vários países, a partir da metade da década de 70. No entanto, a partir dos anos 90 houve novo aumento na sua prescrição (QUARANTINI et al., 2011) e atualmente se constituem o grupo de psicotrópicos mais comumente utilizados na prática clínica devido às suas atividades ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular (CORREIA; ALVES, 2002, GRIFFIN et al., 2013), sendo indicados para os transtornos de ansiedade, insônia e epilepsia (GRIFFIN et al., 2013). Seu uso tem aumentado consideravelmente (HOLLINGWORTH; SISKIN, 2012).

Infelizmente a utilização de BZD vem sendo feita e prescrita a população de maneira incorreta e tão pouco criterioso por parte dos profissionais da saúde levando grande parte da população a ficar dependente dessas drogas com consequências gravíssimas a longo prazo a saúde pública.

A boa escolha do BZD deve levar em conta qual a principal indicação de cada um deles: ansiolítico, hipnótico ou anticonvulsivante; as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica deles; além de potenciais efeitos colaterais e dependência associados ao seu uso (COM-HUPES, 2013).

O uso prolongado de BZD está associado a muitos efeitos adversos, incluindo sedação, amnésia, deterioração cognitiva e ataxia, além de estar associado com um maior número de quedas (RICHARDSON; BENNETT; KENNY, 2015), além do desenvolvimento de dependência psicológica. Tanto os médicos quanto os usuários têm dificuldade em implementar protocolos para reduzir o uso e muitos usuários negam ou minimizam os efeitos colaterais, ou relutam por medo de sofrer sem o medicamento (MARTIN et al., 2013).

O extenso uso inadequado dessa classe de medicamentos é relatado, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (DIÉYE et al., 2006, FURTADO; TEIXEIRA, 2006, KASSAM; PATTEN, 2006, NOTO; ORLANDI, 2005, GALLEGUILLOS et al., 2003) e o perfil de seu uso já foi avaliado em diferentes países e perfis populacionais e estima-se que quase 2% da população adulta seja usuária crônica (FIORELLI, ASSINI, 2017).

No período entre 1996 e 2013, o número de adultos que tiveram uma prescrição de BZD dispensada na farmácia subiu de 8,1 para 13,5 milhões, um aumento de 67%. Durante mais ou menos o mesmo período (1999 a 2015), as mortes por *overdose* de BZD aumentaram de 1.135 para 8.791 (LEMBKE, JENNIFER, HUMPHREYS, 2018).

Particularmente preocupante é o uso de BZD entre os idosos, que são especialmente vulneráveis aos efeitos adversos deles, como o aumento do risco de quedas, fraturas, acidentes automobilísticos, comprometimento cognitivo e demência. Sociedades profissionais em vários países, incluindo a *American Geriatrics Society*, publicaram diretrizes com recomendações contrárias à prescrição deste medicamento para estes usuários, assim como a campanha *Choosing Wisely Internacional*, que visa reduzir o atendimento médico inadequado e de baixa qualidade (LEMBKE, JENNIFER, HUMPHREYS, 2018).

No Brasil, no levantamento domiciliar nacional realizado em 2001, 3,3% dos entrevistados declararam usá-los sem receita médica (NOTO; ORLANDI, 2005). Os dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), revelam que o Clonazepam foi a substância de uso controlado mais consumida pelos brasileiros entre os anos de 2007 a 2010, com 10 milhões de caixas vendidas em 2010 (BRASIL, 2011), sendo utilizados especialmente por mulheres com tendência ao aumento do uso com o avançar da idade.

5.3 Atuação da ESF na dependência de benzodiazepínicos

Pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa, o cuidado em saúde mental na AB é bastante estratégico e é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico (BRASIL, 2013).

Embora os psicofármacos sejam um recurso, entre outros, para o tratamento em Saúde Mental, seu uso só faz sentido quando dentro de um contexto de vínculo e de escuta. A partir do momento em que o usuário compreende e se corresponsabiliza pelo uso da medicação que passará a não somente demandar “troca de receitas”, mas poderá se implicar um pouco diante das queixas que traz. As equipes da AB devem ter uma expectativa realista de que tipo de problema de saúde mental pode ou não responder a uma determinada medicação, não transformando em panaceia, nem desacreditando totalmente (BRASIL, 2013).

Firmino (2008) estima que no Brasil, cerca de 1,6% da população adulta seja usuária crônica de benzodiazepínico e esse uso indiscriminado se dá em função das prescrições irregulares e da falta de orientação. Segundo Mendes (2013), o uso indevido de BZD é um problema enfrentado no dia a dia pelas equipes da ESF. De acordo com Mendonça e Carvalho (2005), esse número triplica em idosos, que apresentam distúrbios do sono, depressão e ansiedade, e procuram como porta de entrada a ESF, principalmente os atendimentos com clínicos gerais.

Dessa forma, Firmino (2008) afirma que:

Os profissionais da saúde deveriam ser capacitados para a educação e orientação do paciente quanto aos aspectos que podem afetar a qualidade de vida, uma vez que a adoção de intervenções para minimizar os agravos decorrentes do uso inadequado de BZDs, a limitação ao acesso e a educação continuada dos profissionais de saúde devem ser metas a serem trabalhadas (FIRMINO, 2008, p.6).

O uso indiscriminado de BZD deve ser combatido pela equipe da ESF, fazendo-se necessário uma intervenção multidisciplinar, em que o paciente seja avaliado de acordo com uma perspectiva de saúde integral e que se pautem no bem-estar psicossocial do indivíduo. A educação em saúde, através de palestras, oficinas de artesanato e momentos sociais que estimulem o lazer das pessoas, deve ser oferecida. A capacitação da equipe para acolhimento e compreensão de alguns transtornos psicossociais e mentais como a ansiedade e depressão é fundamental, ajudando a melhorar o atendimento e acolhimento desses pacientes.

6 PLANODE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “uso abusivo e indiscriminado de benzodiazepínicos”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Na comunidade de Santo Antônio há uma grande parcela dos usuários que utilizam Clonazepam e Diazepam indiscriminadamente ao longo dos anos sem nenhuma orientação. Isso acontece pelo fato das renovações de receitas serem feitas sem o usuário estar presente. Quando há necessidade de renovação dessas medicações, o usuário simplesmente deixa a receita na recepção ou pede ao ACS para pedir ao médico a renovação da mesma, não fazendo acompanhamento com um profissional continuamente, não sabem relatar porque tomam as medicações, quando iniciou, só relatam que não sabem ficar sem esse tipo de medicação.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O uso indiscriminado dessas medicações se dá pelo fato que muitas vezes não se utiliza um critério rígido por parte dos profissionais de saúde para sua prescrição. Assim, o usuário que muitas vezes precisava apenas de um suporte psicológico, ou um tratamento continuado e criterioso, já inicia essas medicações, e fazem uso delas por longos anos, se tornando dependente e de difícil desmame por parte de nós médicos na atenção primária. A grande causa para esse grande problema é a prescrição errônea pelos médicos, possivelmente, por julgarem os benefícios maiores que os malefícios causados por essas drogas.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento do problema:

1-renovação de receitas sem o usuário estar presente, fazendo com que o mesmo não tenha o devido acompanhamento com o uso dessas medicações. Esse é um ponto importantíssimo, pois os usuários que necessitam acompanhamento não podem ter a renovação de receita sem o devido acompanhamento médico.

2-prescrição não criteriosa por parte dos médicos. Muitas das vezes a falta de sono, a perda de um parente, estresse em alguma fase da vida, faz com que os usuários já iniciem o uso dessas medicações.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Neste trabalho da equipe de Santo Antônio ficou acertado que serão identificados todos os usuários dessas medicações, o período em que eles utilizam, qual contexto em que essas medicações foram prescritas, qual especialidade médica prescreveu essa medicação, se os usuários fazem acompanhamento com algum médico.

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “renovação de receitas sem o usuário estar presente, fazendo com que o usuário não tenha o devido acompanhamento com o uso dessas medicações” relacionado ao problema “uso indiscriminado de BZD”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Santo Antonio, do município de Dom Bosco, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Renovação de receitas sem o usuário estar presente, fazendo com que o usuário não tenha o devido acompanhamento com o uso dessas medicações
Operação/ Projeto	EDUCAR: 1-Discutir com usuários o objetivo do tratamento, efeitos esperados e riscos sobre o não acompanhamento com o profissional de saúde; 2-Renovação de receitas somente com a presença do usuário 3- Acompanhamento com médico que prescreveu e manutenção do tratamento
Resultados esperados	Tratamento individualizado, metas para serem cumpridas, desmame de BZD, conscientização da comunidade acerca do uso contínuo e sem o devido acompanhamento
Produtos esperados	Redução do uso indiscriminado dos BZD, desmame dos usuários dependentes, maior controle dos usuários dos BZD
Recursos necessários	Palestras para comunidade acerca dos riscos do uso dos BZD, capacitação dos profissionais de saúde, maior número de consultas para o tratamento longitudinal dos usuários de BZD

Recursos críticos	Conscientização da importância dos retornos para renovação de receita e não prescrever sem a avaliação clínica do médico
Controle dos recursos críticos	Avaliar todos os usuários mensalmente para consultas na UBS e avaliar como estão adquirindo as medicações
Ações estratégicas	Controle da farmácia popular de Minas no fornecimento dos BZD e controle pelos agente de saúde das consultas periódicas
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	ACS, farmacêutico, enfermeira, médico e toda equipe da ESF
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliar ao final dos 6 meses, quantas consultas foram feitas por cada usuário, números de faltosos nas consultas, e como adquiriram as medicações, e como estão sendo feitas as renovações de receitas

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “prescrição não criteriosa por parte dos médicos” relacionado ao problema “uso indiscriminado de BZD”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Santo Antônio, do município de Dom Bosco, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Prescrição não criteriosa por parte dos médicos
Operação/ Projeto	CRIAR CRITÉRIOS: 1- Avaliar os critérios utilizados pelos médicos para prescrição dos BZD 2- Avaliar tratamentos alternativos, acompanhamento com psicólogos, terapia cognitiva comportamental, terapia comunitária, entre outros 3-Avaliar quais as razões para o início dos BZD, efeitos esperados e duração do tratamento 4-Avaliar quantidade de novos usuários e os de uso contínuo mês a mês,
Resultados esperados	Diminuição de prescrições não muito criteriosas, diminuição de usuários de BZD, maior utilização de outros tratamentos alternativos
Produtos esperados	Diminuição do uso indiscriminado de BZD,
Recursos necessários	Profissionais capacitados, capacitação de profissionais de saúde, maior controle no fornecimento de BZD
Recursos críticos	Importância do entendimento do uso abusivo e indiscriminado dos BZD por parte dos profissionais de saúde, critérios bem claros para utilização dessas medicações.
Controle dos recursos críticos	Avaliar mensalmente todos os usuários em uso de BZD, efeito esperado, controle do tempo do tratamento
Ações estratégicas	Avaliar os efeitos esperados mensalmente, resultados alcançados, avaliar dependência ao uso de BZD, estudo continuado para os médicos que prescrevem BZD na UBS(capacitações)
Prazo	6-12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Gerencia Regional de Saúde, UBS e farmácia popular de Minas
Processo de monitoramento e	Avaliar ao final do prazo quais foram os usuários que começaram utilizar as medicações, tratamentos alternativos utilizados, critérios

avaliação das ações	utilizados pelos profissionais de saúde para utilização de BZD e como está sendo o controle do uso da medicação
----------------------------	---

Fonte: Autoria própria (2019)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo indiscriminado de BZD, de maneira contínua, é potencialmente danoso à saúde e o conhecimento dos fatores que influenciam o início e tratamento continuado devem ser avaliados.

A extensão aproximada da terapia deve ser decidida no início do tratamento, e a necessidade de sua continuidade deve ser reavaliada periodicamente, principalmente durante as renovações de receitas, em razão dos problemas associados com seu uso em longo prazo.

A prescrição feita pelo médico da USF ou psiquiatra não deixa claro as indicações para o uso dessa medicação. Foi averiguado que os prontuários dos usuários que deveriam conter informações precisas relacionadas aos tipos de BZD utilizados pela população adscrita ao PSF de Santo Antônio, indicação, dosagem, acompanhamento da evolução do tratamento, apresentam falha no registro, o que dificulta o seguimento desse usuário.

Espera-se que a implantação dessa proposta de intervenção contribua para ampliar o conhecimento sobre o tema, no que tange os critérios mais rigorosos para utilização dessas medicações, renovação de receitas, acompanhamento e desmame, e com isto aperfeiçoar a atividade profissional da equipe na perspectiva de oferecer melhores condições de vida aos usuários da área de abrangência dessa USF.

REFERÊNCIAS

AMORIM R.; BARBOSA E. Uso de medicamentos ansiolíticos em policiais militares. **REBESP**, Goiânia, n.2, v.1, p. 2 - 7, jan./jul. 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**. v.2, ano 1, 2011. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_2edatualizada.pdf. Acesso em 14 mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. 176 p. 2013

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 19 out 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em 28 mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. Brasília, [online]2019. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>. Acesso em 19 fev 2019

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFGM. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_aoes_de_saude_2/3. Acesso em 12 dez 2018.

COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS (COMHUPES) **Diretrizes Clínicas - Benzodiazepínicos**: Características, Indicações, Vantagens e Desvantagens-abril, 2013. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/1975526/2520527/Diretriz_27_Benzodiazepinicos_caracteristicas_indicacoes_vantagens_e_desvantagens.pdf/8d736590-40fe-4d67-9b7e-32f8fd3aae69 Acesso em 11 mar 2019.

CORREIA J. M. S.; ALVES T. C. A. **Hipnóticos**. In: SILVA P. Organizador. Farmacologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 358-366, 2002.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFGM, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>). Acesso em: 10 mar 2019
DIÉYE A. M.; SYLLA M.; NDIAYE M.; YORO SY G.; FAYE B. Benzodiazepines prescription in Dakar: a study about prescribing habits and knowledge in general practitioners, neurologists and psychiatrists. **Fundam Clin Pharmacol**. v.20, n.3, p.235-238, 2006.

FIGLIOLI K.; ASSINI F. L. A prescrição de benzodiazepínicos no Brasil: uma análise da literatura. **ABCS Health Sci.** v.42, n.1, p.40-44, 2017.

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

FURTADO C.; TEIXEIRA I. Utilização de Benzodiazepinas em Portugal Continental (1999-2003). **Acta Med Port.** v.19, n.3, p.239-246, 2006.

GALLEGUILLOS T.; RISCO L.; GARAY J. L.; GONZÁLEZ M.; VOGEL M. Tendenciadel uso de benzodiazepinas em una muestra de consultantes em atención primaria. **Rev Med Chil.** v.131, n.5, p.535-540, 2003.

GRIFFIN C. E.; KAYE A. M.; BUENO F. R.; KAYE A. D. Benzodiazepine Pharmacology and Central Nervous System – Mediated Effects. **Ochsner J.** v. 13, n. 2, p. 214-223, 2013.

HOLLINGWORTH S. A.; SISKIN D. J. Anxiolytic, hypnotic and sedative medication use in Australia. **Pharmacoepidemiol Drug Saf.** v. 19, n. 3, p.8-280, 2012.

KASSAM A.; PATTEN S. B. Hypnotic use in population-based sample of over thirty-five thousands interviewed Canadians. **Popul Health Metr.** v.4, p.15, 2006.

LEMBKE, A.; JENNIFER PAPAC J.; HUMPHREYS K. Our Other Prescription Drug Problem. **N Engl J Med.** v.378, p.693-695, 2018.

MARTIN P.; TAMBLYN R.; AHMED S.; TANNENBAUM C. An educational intervention to reduce the use of potentially inappropriate medications among older adults (EMPOWER study): protocol for a cluster randomized trial. **Trials.** v.14, n.1-17, 2013.

MENDES, K. C. C. O uso prolongado de benzodiazepínicos: uma revisão de literatura, 2013. Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2013.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **SMAD, Rev.Eletronica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. Port.), v.1, n.2. 2005

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D.. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan 2018

NETTO M. U. Q.; FREITAS O.; PEREIRA L. R. L. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. **Ver Ciênc Farm Básica Apl.** v.33, n1, p.77-814, 2012.

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

PAIM J. Organizador. A quem interessa a Nova Política Nacional de Atenção Básica? **Boletim informativo do Observatório de Análise Política e m Saúde e do Centro de Documentação Virtual** Ano 03 Edição nº 13 | Set/Out 2017. Disponível em <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/13/>. Acesso em 30 mar 2019.

QUARANTINI L. C.; NOGUEIRA L. B.; ROCHA M.; NETTO L. R.; de SENA E. P. Ansiolíticos Benzodiazepínicos. Em: SENA E. D.; MIRANDA-SCIPPA A.; QUARANTINI L. C.; OLIVEIRA I. R. **Psicofarmacologia Clínica**; 3 ed. Rio de Janeiro, Med Book. pp. 261-272, 2011.

RICHARDSON K.; BENNETT K.; KENNY R. A. Polypharmacy including falls risk-increasing medications and subsequent falls in community dwelling middle-aged and older adults. **Age Ageing**. v.44, n. 1, p.90-6, 2015.