

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

BRISA PAVÃO PAMPURI MENDES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DO CONSUMO
PROLONGADO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELOS USUÁRIOS DA
ESF BONFIM EM SÃO JOÃO DEL REI – MINAS GERAIS**

SÃO JOÃO DEL REI/MINAS GERAIS
2016

BRISA PAVÃO PAMPURI MENDES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DO CONSUMO
PROLONGADO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELOS USUÁRIOS DA
ESF BONFIM EM SÃO JOÃO DEL REI – MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório

SÃO JOÃO DEL REI/MINAS GERAIS

2016

BRISA PAVÃO PAMPURI MENDES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DO CONSUMO
PROLONGADO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELOS USUÁRIOS DA
ESF BONFIM EM SÃO JOÃO DEL REI – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório - orientador

Profa Dra Selme Silqueira de Matos

Aprovado em Belo Horizonte em 13 de Dezembro de 2016

RESUMO

São João del Rei está localizada no Campo das Vertentes, a 184 km da capital Belo Horizonte. Possui uma população de 84.469 habitantes. Após análise da situação de saúde foi detectado aumento de pacientes com doenças psiquiátricas e altas ingestão de benzodiazepínicos. Os benzodiazepínicos são medicamentos que possuem um alto potencial de dependência e são utilizados para tratamento de insônia e ansiedade a nível mundial pelo o baixo custo e fácil o acesso na saúde pública. O uso dos benzodiazepínicos tem sido um problema crônico reconhecido pelo sistema de saúde. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para diminuir o consumo prolongado de benzodiazepínicos pelos usuários da ESF Bonfim. Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no site do Ministério da Saúde (MS). Será elaborado um plano de intervenção educativo com o intuito de reduzir as consequências e melhorar as condições de saúde da população alvo por meio do planejamento estratégico situacional (PES). Espera-se poder educar, orientar e conscientizar os pacientes que fazem uso prolongado e sem controle de benzodiazepínicos e tentar reduzir as consequências ,além de qualificar o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Palavras chaves : Benzodiazepínicos. Atenção primária à saúde. Saúde da família

SUMMARY

São João del Rei is located in Campo das Vertentes, 184 km from the capital Belo Horizonte. It has a population of 84,469 inhabitants. After analyzing the health situation, it was detected an increase in patients with psychiatric illnesses and high ingestion of benzodiazepines. Benzodiazepines are drugs that have a high potential for dependence and are used to treat insomnia and anxiety worldwide for the low cost and easy access in public health. The use of benzodiazepines has been a chronic problem recognized by the health system. The objective of this study was to elaborate an intervention plan to reduce the prolonged consumption of benzodiazepines by ESF Bonfim users. A review of the literature on the subject was carried out in the databases of the Virtual Health Library (VHL), the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and the Ministry of Health (MS) website using the following Descriptors: benzodiazepines, primary health care and family health. An educational intervention plan will be developed with the aim of reducing the consequences and improving the health conditions of the target population through the Strategic Situational Plan (PES). It is expected to be able to educate, guide and make aware of the patients who use prolonged and uncontrolled benzodiazepines and try to reduce the consequences, besides qualifying the work process in the Family Health Strategy (ESF).

Keywords: Benzodiazepines. Primary health care. Family Health

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Priorização dos problemas da ESF Bonfim, 2016.....	12
Quadro 2 - Desenho das operações dos “nós críticos” do problema “uso prolongado de benzodiazepínicos” pela ESF Bonfim, 2016.....	26
Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações da ESF Bonfim, 2016.....	27
Quadro 4 - Análise da viabilidade do plano para a motivação na ESF Bonfim, 2016.....	28
Quadro 5 - Plano operativo e Gestão do plano sobre o nó crítico “baixo nível de informação sobre a doença” da ESF Bonfim, 2016.....	29
Quadro 6 - Plano operativo e Gestão do plano sobre o nó crítico “prescrições inadequadas para uso de benzodiazepínicos” da ESF Bonfim, 2016.....	30
Quadro 7 - Plano operativo e Gestão do plano sobre o nó crítico “Ações de saúde insuficientes” da ESF Bonfim, 2016.....	31

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS Agente Comunitário de Saúde

BVS..... Biblioteca Virtual de Saúde

BZDs..... Benzodiazepínicos

CAPS..... Centro de Atenção Psicossocial

CTA..... Centro de Testagem e Aconselhamento

ESF..... Estratégia Saúde da Família

IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

LILACS... Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MSMinistério da Saúde

OMS..... Organização Mundial da Saúde

ONU.....Organização das Nações Unidas

PES.....Planejamento Estratégico Situacional

SAMU.....Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SNC.....Sistema Nervoso Central

TCI.....Terapia Comunitária Integrativa

UPA.....Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	33

INTRODUÇÃO

São João del Rei está localizada no Campo das Vertentes, a 184 km da capital Belo Horizonte. Possui uma área de 1.467.327 Km², e uma população de 84.469 habitantes, sendo 79.857 pessoas na área urbana (41.875 mulheres e 37.982 homens) e 4.612 na área rural (2.045 mulheres e 2.567 homens). Possui uma densidade demográfica de 57,68 habitantes por Km². O número aproximado de famílias é de 12.763 (SÃO JOÃO DEL REI, 2014).

São João del-Rei foi fundado em fins do século XVII por taubateanos liderados por Tomé Portes del Rei que por isso é considerado seu fundador. O Arraial Novo do Rio das Mortes, que deu origem à cidade, foi fundado entre 1704 e 1705. A região já era ocupada desde 1701, quando Tomé Portes del-Rei se estabeleceu na região do Porto Real da Passagem, hoje nas proximidades do bairro de Matosinhos em São João del-Rei e no bairro Porto Real em Santa Cruz de Minas (SÃO JOÃO DEL REI, 2014).

Em 1709 a cobiça pelo ouro gera discórdia entre portugueses e paulistas dando causa à Guerra dos Emboabas (1707-1709), acontecendo o episódio do “Capão da Traição” quando os paulistas foram emboscados e chacinados pelos portugueses. Em 8 de dezembro de 1713 o arraial alcançou foros de Vila com o nome de São João del-Rei, clara homenagem a D. João V, passando a ser a sede da recém criada Comarca do Rio das Mortes (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SÃO JOÃO DEL REI, 2014).

Como a cidade era rota de passagem para muitos bandeirantes, estabeleceu-se ali, além da exploração do ouro, outras atividades como o comércio, as atividades manufatureiras e a criação de gado. Este fato fez com que a cidade não sofresse tanto o impacto da queda da crise do ouro nos próximos anos, quanto as outras vilas

auríferas mineiras, permitindo o desenvolvimento e progresso da vila, elevada à categoria de Cidade em 8 de dezembro de 1838 (SÃO JOÃO DEL REI, 2014).

São João del-Rei participou sempre das decisões mineiras e nacionais, com grande participação no movimento da Inconfidência Mineira. Em 1833 na Sedição Militar de Ouro Preto; em 1842 na Revolução Liberal, e sendo sede do 11º BI MTh - Batalhão Tiradentes, participou de revoluções como as de 1930, 1932 e 1964. Combateu na Itália triunfando em Montese e Castelnuovo. Integrou as forças de paz da ONU em Angola e no Haiti, dentre outros. Em São João del Rei nasceram os grandes heróis nacionais como Joaquim José da Silva Xavier (o Tiradentes - Mártir da Independência e Patrono Cívico da Nação Brasileira), Bárbara Heliodora Guilhermina da Silveira (a heroína da Inconfidência), e mais recentemente, o ex-Presidente Tancredo de Almeida Neves, o Cardeal Dom Lucas Moreira Neves e Otto (SÃO JOÃO DEL REI, 2014).

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano (2010), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de São João Del Rei foi de 0,758, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribuiu para o IDHM do município foi a longevidade, com índice de 0,860, seguida da renda com índice de 0,733, e da educação com índice de 0,690. São João Del Rei ocupa a 400ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. A taxa de urbanização do município passou de 93,85% para 94,54% em 2010, segundo plano municipal de saúde.

As atividades econômicas prevalentes no município são o turismo, o comércio e serviços em geral. No artesanato regional destacam-se os bordados e trabalhos em crochê. Os artesãos locais ainda produzem móveis rústicos e objetos de estanho copiados de modelos antigos, principalmente coloniais. (SÃO JOÃO DEL REI, 2014).

O município possui 10 equipes de saúde da família (ESF) e uma unidade de pronto atendimento (UPA) 24h. Atualmente, foi implantada na cidade uma unidade

regional do SAMU, responsável por atender São João Del Rei e região. Ainda conta com: a Farmácia Popular do Brasil, a unidade do Centro Viva Vida, o CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), Clínica Municipal Especializada da Mulher e da Criança (Núcleo Materno e Infantil), Rede Viva Vida, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A Unidade de Atenção Primária a Saúde Bonfim foi inaugurada em 2009. A ESF Bonfim atende 2870 habitantes e 1006 famílias que compreende uma parte da população da área urbana e rural. O nível de alfabetização é de 90,5%. A maioria das pessoas são assalariadas e a taxa de emprego gira em torno dos 25,69% e os principais postos de trabalho são comércio e serviços públicos.

Foi utilizado o método de estimativa rápida para identificação e priorização dos problemas o que contribuiu para identificar a alta prevalência de benzodiazepínicos na área de abrangência.

Após a análise do diagnóstico de saúde foram encontrados os principais problemas:

- 1.Elevada prevalência de pacientes Hipertensos descontrolados.
- 2.Ata prevalência de pacientes fumantes.
- 3.Aumento de pacientes com doenças psiquiátricas e altas ingestão de benzodiazepínicos.

Uma vez que os problemas foram encontrados, foi preciso priorizá-los, como demonstrado no quadro 1.

Quadro 1. Priorização dos problemas da ESF Bonfim, 2016.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Elevada prevalência de pacientes Hipertensos descontrolado	Alta	4	Parcial	2
Alta prevalência de pacientes fumantes	Alta	3	Parcial	3
Aumento de pacientes com doenças psiquiátricas e altas ingestão de benzodiazepínicos	Alta	5	Parcial	1

Fonte: ESF Bonfim, 2016.

Após diagnóstico de saúde da ESF Bonfim, foram encontrados 239 pacientes maiores de 15 anos em uso de benzodiazepínicos o que representa 13,8% da população. Destes, 162 pacientes (90.37%) está em uso prolongado (mais de 4 meses) e 121 pacientes (75%) utilizam o medicamento há mais de um ano.

Ao fazer um breve levantamento, foi verificado que em média são atendidas 70 pessoas por mês em uso de benzodiazepínicos. Foi constatado também que, dependendo da conduta do médico da unidade, o número de pacientes em uso de benzodiazepínicos pode aumentar. O medicamento mais prescrito é o Clonazepam seguido do Diazepam.

A prevalência do uso prolongado de benzodiazepínicos, por sua importância, foi considerada como o problema prioritário. O grande número de pacientes encontrados e o número de pacientes em tratamento prolongado chamou a atenção

da equipe sobre a necessidade de realizar ações para diminuir o uso de medicamentos benzodiazepínicos com medidas preventivas.

2 JUSTIFICATIVA

Os benzodiazepínicos são drogas depressoras do sistema nervoso central e são considerados a terceira classe de drogas mais prescritas no Brasil, sendo utilizado aproximadamente por 4% da população. Usualmente, são prescritos no tratamento de ansiedade, insônia e crises convulsivas. Seu uso cresce a cada dia e vem se tornando um grande desafio para a Estratégia de Saúde da Família. Atualmente, o consumo chega a 10 % da população geral dos países desenvolvidos (NORDON et al., 2009).

A sociedade moderna desencadeou um modo de vida que, infelizmente, faz com que os indivíduos mantenham suas mentes agitadas e estressadas. Isso gera angústia e aumento da vivência de todos os tipos de instabilidade emocional. Somado a isso vem a “cultura” da medicalização dos diversos sintomas emocionais. Os indivíduos não vivenciam o luto, as frustrações, e buscam na medicalização a solução para os problemas, mantendo um ciclo vicioso de dependência física e psíquica. Ao utilizar essas drogas o consumidor se afasta cada vez mais da responsabilidade de identificação da origem do problema que gera a labilidade emocional a ser tratada e diminui as possibilidades de superação do problema em questão. Por outro lado, as prescrições de benzodiazepínicos muitas vezes são utilizadas como drogas de primeira opção, sem critérios clínicos e sem acompanhamento psicológico.

As situações da vida moderna, os estudos, o trabalho e as atividades tendem a gerar ansiedade, o que pode advir também de situações conflitantes que ocasionem desgaste, talvez nunca experimentado anteriormente. Estas condições podem acarretar esgotamento físico e mental no indivíduo, facilitando o desencadeamento de processos patológicos. (ALBIERO et al 2005).

A prevalência do consumo de benzodiazepínicos na população geral apresenta grandes variações entre os países do mundo, em geral com taxas elevadas. Nos países ocidentais entre 10% e 20% da população consomem estas

substâncias

(CASTRO,2001).

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de intervenção para redução do consumo prolongado de benzodiazepínicos pelos usuários da ESF Bonfim em São João del Rei-MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar os fatores relacionados ao uso prolongado de benzodiazepínicos pela população na atenção básica.
- Capacitar a equipe de saúde sobre os riscos do uso prolongado de benzodiazepínicos.

4 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal descritivo e observacional na população de pacientes maiores de 15 anos da ESF Bonfim -MG. Na elaboração da Proposta de Intervenção foi utilizado o método Planejamento Estratégico Situacional (PES), que é centrado na organização da produção de serviços e em projetos em construção de ações sociais cooperadas entre o sistema organizacional do serviço de saúde público e a sociedade.

Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no site do Ministério da Saúde (MS) utilizando os seguintes descritores: benzodiazepínicos, atenção primária à saúde e saúde da família.

A população estudada foi constituída por 239 pacientes, que fazem uso de benzodiazepínicos, provenientes de zona urbana e rural submetidas a consultas médicas, de enfermagem e visita domiciliares. O método de Estimativa Rápida foi utilizado para identificação e priorização dos problemas neste trabalho, para isto, utilizamos como fontes de informação os registros escritos, as entrevistas e reuniões com a equipe, observação e reflexão sobre o problema. Os dados colhidos por meio de entrevista foram dados epidemiológicos, socioeconômicos e clínicos. No instrumento foi priorizado idade, ocupação, comorbidades associadas, uso de benzodiazepínico e o tempo de consumo dos mesmos.

A partir dos dados coletados, todo o material passará pela análise do autor para estudo. Após a revisão de literatura, será iniciado o trabalho com a equipe de saúde com a finalidade de discutir estratégias de ações de prevenção e promoção de saúde pela ESF quanto ao uso prolongado de benzodiazepínicos. Os encontros obedecerão a um roteiro pré-estruturado quinzenal. O plano operativo seguirá um cronograma de 02 meses. A partir do primeiro encontro, serão traçadas metas com

divisão de funções a cada responsável e cronograma. No segundo encontro serão planejadas a atividades de intervenção que deverão ter seus resultados avaliados na semana seguinte a sua realização.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Os benzodiazepínicos (BZDs) começaram a ser usados em 1961 com a descoberta do Clordiazepóxido e, logo, tornaram-se os fármacos mais prescritos no mundo. Por serem medicamentos eficazes, relativamente seguros e com boa tolerância, conquistaram a classe médica e despertaram o interesse da população (BERNIK, 1999).

Após vinte anos do seu lançamento, o uso dessas medicações, tanto na medicina geral como na psiquiatria teve um aumento significativo. No final da década de 1970 essas drogas já ocupavam a posição de mais prescritas no mundo para o tratamento das doenças que afetavam o sistema nervoso central (SNC) (BERNIK, 1999).

Estima-se que, atualmente, 50 milhões de pessoas utilizam benzodiazepínicos diariamente e, o consumo é crescente principalmente entre mulheres e idosos. Estas medicações são responsáveis por metade das prescrições de psicotrópicos (NASTASY, RIBEIRO e MARQUES, 2008; CARVALHO, 2006). O uso dessas medicações pelos idosos se deve à dificuldade de atingir o limiar do sono, e nas mulheres de meia idade à procura constante pelo alívio de sintomas de ansiedade. Um estudo em São Paulo informa sobre a falsa impressão de resolver o problema dessas mulheres e mostra que a própria entrevistada afirma fazer uso dos BZD como medida profilática, a fim de evitar a ansiedade ocasionada por situações de estresse (ORLANDI, NOTO, 2005).

Os benzodiazepínicos são medicamentos psicotrópicos que atuam sobre o sistema nervoso central, com efeitos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos e miorrelaxantes. A elevada prevalência do consumo traz risco de dependência a longo prazo com graves consequências para a saúde. Deve ser controlado o uso destes medicamentos para melhorar a qualidade de vida dos pacientes (MCKERNAN et al., 2000).

A ação dos BZDs ocorre pela interação entre receptores ácido gama-aminobutírico (GABA), e só produzem efeito se o sistema GABAérgico estiver íntegro. Pelo fato da ação ser dependente do GABA, faz com que sejam mais seguros do que outras classes, como os barbituratos, por ter um índice terapêutico maior (SEIBE, TOSCANO, 2000).

Estudos internacionais relataram que, a cada 10 pessoas, uma faz uso regular de BZDs. A maioria das prescrições são feitas por clínicos gerais e não por médicos da área da saúde mental (SEIBEL, TOSCANO, 2000; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008). Esse fato é observado pelas prescrições fornecidas indevidamente, na maioria das vezes, por profissionais pouco preparados. Os usuários procuram o médico já no intuito de obter o medicamento específico e não para ser avaliado, muitas vezes por indicação de vizinhos e colegas. Esses usuários utilizam várias estratégias e artifícios para obtenção do medicamento, como por exemplo, diversas queixas somáticas e vagas, supervalorização dos sintomas, insistência que nenhum outro medicamento irá funcionar e até mesmo ameaças veladas. Outra situação freqüente ocorre quando os usuários procuram médicos conhecidos, normalmente familiares ou colegas de trabalho, pois sabem que nesta situação provavelmente seu pedido não será negado (ORLANDI, NOTO, 2005; BERNIK, 1999).

A dependência é considerada uma doença cerebral complexa. A prevenção à dependência e seu tratamento requer efetivamente a compreensão de fatores biológicos, genéticos, sociais, psicológicos e ambientais que levam o indivíduo a dependência (OGA, 2008). Ela pode ser classificada em física ou psicológica, podendo apresentar as duas simultaneamente. O grau de dependência varia de um paciente para outro e pode ser influenciada por fatores como idade, problemas pessoais e/ou familiares, trabalho, predisposição genética entre outros (ALBERTINO, MOREIRA FILHO, 2000).

A dependência ocorre por fenômenos fisiológicos, devido ao uso compulsivo do fármaco ou droga, de forma incontrolável (fissura). Ocorre nos pacientes com tratamento prolongado por mais de seis meses. O maior risco da dependência ocorre pelo uso prolongado de doses maiores do que as terapêuticas. O dependente se isola do contato com a família, amigos, tem dificuldade no trabalho e na escola, podendo se envolver com o crime e o sistema de justiça criminal. Para o dependente, a prioridade em sua vida passa a ser a obtenção da droga, mesmo correndo vários riscos para alcançar esse objetivo. A dependência possui um componente genético significativo. Estima-se que 40-60% da vulnerabilidade à dependência pode ser atribuída a fatores genéticos (STAHL, 2010)

O uso prolongado de BZDs pode causar sonolência diurna, perda da memória e da função cognitiva, e desequilíbrio. Eles devem ser usados entre 2 a 4 meses, a partir disso o paciente pode ficar dependente da sua ação e a dosagem se torna ineficiente, sendo necessário, em muitos casos, dobrar a quantidade do medicamento. (NORDON; HÜBNER; 2009). A tolerância aparece nas primeiras 2 a 4 semanas depois da administração do medicamento para o efeito sedante - hipnótico. As síndromes de descontinuação podem ser de rebote, recorrência e abstinência (JUFE, 2001).

O uso prolongado pode desencadear a síndrome de abstinência, que aparece geralmente entre um a onze dias da retirada do medicamento. Os sintomas mais freqüentes são: tremores, taquicardia, sudorese, disforia, cefaléia, ansiedade intensa, agitação, insônia e alterações do padrão do sono, vertigens, distúrbios gastrointestinais, anorexia, entre outros. Normalmente os sintomas pioram entre o quinto e o sexto dia de abstinência e desaparecem em quatro semanas. Ela deve ser diferenciada dos sintomas de rebote, que se caracterizam pelo retorno dos sintomas anteriores só que de maneira exacerbada (RANG, DALE, 2007; SEIBEL, TOSCANO, 2000; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008).

A dependência pode ocorrer também nos casos em uso de doses terapêuticas. A retirada da medicação deve ocorrer gradualmente ou ser substituída por um fármaco de meia-vida maior, como por exemplo, o Diazepam que é absorvido rapidamente e possui um metabólito de longa duração. O ambulatório é o melhor local para tratamento de usuário crônico de BZD. O tratamento deve acontecer por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas como um acompanhamento psicológico. Esse apoio psicológico tem que ser mantido após a retirada completa do medicamento para evitar que o paciente tenha uma recaída (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA 2008).

As benzodiazepinas atuam como ansiolíticas quando utilizadas em doses baixas, e hipnóticos quando utilizadas em doses altas. O principal problema do uso de benzodiazepinas de ação longa é o acúmulo no organismo quando é administrada repetitivamente, e, nesses casos, podem levar a sedação residual excessiva e a probabilidade dos pacientes de sofrer acidentes domésticos (DELGADO; MIGUEL; BANDRÉS, 2006).

Segundo Huxley (2005), o qual já previa o uso indiscriminado, escreveu:

“Parece improvável que a humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os ‘paraísos artificiais’, isto é, ... a busca de auto transcendência através das drogas ou... umas férias químicas de si mesmo... A maioria dos homens e mulheres levam vidas tão dolorosas - ou tão monótonas, pobres e limitadas, que a tentação de transcender a si mesmo, ainda que por alguns momentos, é e sempre foi um dos principais apetites da alma.”

Nos casos de usuários maiores de 65 anos o uso de benzodiazepinas duplica o risco de quedas (PASSARO et al., 2000) devido ao efeito relaxante muscular, deterioração na coordenação motora e o atraso no tempo de reação aos estímulos. Esse efeito adverso acontece pelo uso de benzodiazepinas de duração prolongada e doses elevadas. Em estudos de casos controle evidencia-se um aumento da

incidência de fraturas em idosos que receberam tratamento com benzodiazepinas (PIERFITTE et al., 2001).

Além de considerar os efeitos adversos dos benzodiazepínicos e suas consequências a ESF, deve discutir continuamente sobre o uso desses medicamentos, a fim de contribuir na vigilância em saúde.

Segundo Oliveira, Assis e Barboni (2010):

“ nesse contexto, a ampliação do acesso da população ao sistema de saúde público, exigiu, nas últimas décadas, uma reorganização da assistência farmacêutica e uma política de medicamentos no intuito de garantir disponibilidade e acesso de toda a população a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.”

Nas últimas décadas, a intolerância da sociedade às situações de estresse, as prescrições inadequadas e a utilização indiscriminada dos ansiolíticos contribuíram para o aumento de casos relacionados ao uso abusivo de BZDs, tendo como consequência a dependência e problemas relacionados (SILVA, 2006; LACERDA et. al., 2003).

A OMS, em um relatório, considerou que o uso de substâncias psicoativas é potencialmente danoso à saúde e afirma que o conhecimento dos fatores que influenciam o início e continuação do uso é incompleto (HUF, LOPES, ROZENFELD, 2000).

A equipe de saúde deve considerar a terapêutica não medicamentosa para auxiliar, substituir ou acompanhar, esse indivíduo de maneira comprometida com seu bem estar.

De acordo com Lopes e Gricoleto (2011), “todos os membros da equipe devem estar atentos as fragilidades e vulnerabilidades dos seus sistemas”, a fim de identificar falhas desde a prescrição até a auto-administração pelo cliente, visando corrigí-las e tornando a assistência mais eficaz e segura. Com as transformações

sociais da atualidade os problemas emocionais e sociais vêm sendo modificados, da mesma forma que os valores e a conduta humana, causando uma desintegração do indivíduo consigo mesmo e com sua comunidade. Diante disso a um aumento das situações que provocam a sobrecarga física e psíquica nas pessoas. Como forma de prevenir o adoecimento mental e identificação de situações e fatores de risco e que provocam o sofrimento psíquico surge a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), que vem se consolidando como uma estratégia de promoção da saúde mental e prevenção de doenças na atenção primária. A Terapia Comunitária se apresenta como uma forma de promover o cuidado, por meio do trabalho em grupo, de baixo custo e com ações de promoção da saúde mental e prevenção do sofrimento emocional para as comunidades, assim como, se torna uma estratégia de reabilitação e de inclusão social pela rede de apoio psicossocial que ela pode ajudar a construir.

Na condução das rodas de conversa por terapeutas é importante o respeito pela diferença entre culturas e multiplicidade de contextos populacionais, além das diversidades territoriais, a miscigenação cultural e étnica, as distintas crenças religiosas e sociais do Brasil (BARRETO; PAULA, 2008).

Holanda, Dias e Ferreira e Filha (2009), citam a TCI como objeto fundamental na construção de vínculos solidários e restaurador da autoestima, por meio da construção de redes de apoio social, verificando o crescimento e empoderamento, tanto individual como coletivo. Esses aspectos são essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade (HOLANDA; ROLIN; DJAIR; FILHA, 2007).

O desenvolvimento de ações básicas de saúde mental por parte das equipes da ESF torna-se fundamental para a consolidação do modelo de atenção à saúde de base comunitária, onde a promoção da saúde e a prevenção das doenças são consideradas ações estratégicas para a manutenção de uma melhor qualidade de vida da população (CHIESA, 2005).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir do problema priorizado pela equipe de saúde “uso prolongado de Benzodiazepínicos pela população na Atenção Primária”, foi elaborado um plano de ação com os nós críticos selecionados, que será descrito no quadro abaixo. Nele será apresentada a proposta que pode ajudar a equipe e a população a melhorar o problema priorizado.

6.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A ESF Bonfim utilizou o método de Estimativa Rápida para identificação dos problemas da área de abrangência da equipe. Foi definido como principal problema o uso prolongado de benzodiazepínicos pela população acima de 15 anos, por todas as consequências e complicações que estes medicamentos podem causar aos usuários. Através do Planejamento Estratégico Situacional traçamos metas para realizar ações e diminuir tal problema.

A elevada prevalência de pacientes em uso prolongado de benzodiazepínicos possui os seguintes nós críticos:

- Baixo nível de informação da população sobre o uso da medicação;
- Prescrições inadequadas para uso de benzodiazepínicos;
- Ações da ESF insuficientes.

Após a avaliação do problema foram identificadas as principais causas e definido o enfrentamento direcionado para a construção de ações estratégicas de forma eficaz.

Quadro 2: Desenho das operações dos “nós críticos” do problema “uso prolongado de benzodiazepínicos” pela ESF Bonfim, 2016.

NÓS CRÍTICOS	OPERAÇÃO-PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTO ESPERADO	RECURSOS NECESSÁRIOS
Baixo nível de informação da população	<p>Mais saber Melhorar o nível de conhecimento dos pacientes sobre o uso indiscriminado de benzodiazepínicos</p>	<p>Melhora do conhecimento sobre uso de benzodiazepínicos. População mais informada sobre os riscos e consequências.</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre as consequências do uso de benzodiazepínicos. Campanhas de promoção e prevenção da saúde, pacientes mais responsáveis.</p>	<p>Cognitivos: para conhecimento sobre o tema. Financeiros: para disponibilização de materiais educativos (folhetos).</p>
Prescrição inadequada para benzodiazepínicos	<p>Avaliação clínica adequada Avaliação clínica contínua e qualitativa dos pacientes com uso de medicamentos benzodiazepínicos.</p>	<p>Melhora da avaliação clínica de todos os casos em uso de BZDs.</p>	<p>Aumento das consultas programadas dos pacientes em uso de benzodiazepínicos. Formação de grupos para discussão do tema</p>	<p>Cognitivos: para conhecimento sobre o tema. Financeiros: para aquisição de folhetos, métodos áudio visuais. Organizacional: para organização da agenda programada.</p>
Ações de saúde da ESF insuficientes.	<p>Trabalhando em equipe – linha do cuidado Organizar a agenda programada para aumentar o número de atendimentos direcionados aos pacientes em uso de benzodiazepínicos. Incrementar</p>	<p>Agenda programada organizada. Avaliação da satisfação dos pacientes.</p>	<p>Ter uma programação de atividades de promoção e prevenção compatível com as agendas</p>	<p>Financeiros: para aquisição de recursos, material didático, educativo, folhetos cartazes. Organizacional: para organizar as atividades grupais. Levantamento de prontuários. Político: para parceria intersetorial, mobilização social.</p>

	ações de prevenção e promoção de saúde pela ESF			
--	---	--	--	--

Fonte: ESF Bonfim, 2016.

No quadro 3 estão expostos os recursos críticos para o desenvolvimento das operações relacionadas aos nós críticos do problema.

Quadro 3: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações da ESF Bonfim, 2016.

OPERAÇÃO- PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Desenvolvendo saúde-mais saber	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Financeiros: disponibilização de materiais educativos (folhetos).
Avaliação clínica melhor	Financeiro: aquisição de folhetos educativos, materiais didáticos cartazes. Organizacional: para organização da agenda programada Cognitivo: conhecer e elaborar práticas educativas em saúde sobre o tema.
Trabalhando em equipe – linha do cuidado	Organizacional: para organizar as atividades grupais. Levantamento de prontuários Financeiro : impressão de materiais sobre os temas e atualizações; Político : Mobilização da equipe e gestores para implantar educação permanente e reorganização do modelo de atenção à saúde;

Fonte: ESF Bonfim, 2016.

O quadro 4 mostra a viabilidade para desenvolver o projeto de intervenção para diminuir o uso prolongado de BDZ na ESF Bonfim, no município de São João del Rei. Esta viabilidade está vinculada à ESF, à secretaria municipal de saúde, assim como ao conselho municipal de saúde.

Quadro 4: Análise da viabilidade do plano para a motivação na ESF Bonfim, 2016.

OPERAÇÃO-PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS	AUTOR	MOTIVAÇÃO	AÇÃO ESTRATÉGICA
<p>Desenvolvendo saúde</p> <p>Melhorar o nível de conhecimento dos pacientes a respeito do uso indiscriminado de benzodiazepínicos</p>	<p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema.</p> <p>Financeiros: disponibilização de materiais educativos (folhetos).</p>	<p>Médico e enfermeira.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde.</p>	Favorável	Necessária
<p>Avaliar melhor</p> <p>Segmento clínico periódico.</p>	<p>Financeiro: Necessário para aquisição de folhetos educativos, materiais didáticos cartazes.</p> <p>cognitivo: Conhecer e elaborar práticas educativas em saúde sobre o tema.</p> <p>Organizacional: agenda programada.</p>	ESF.	Favorável	Necessária
<p>Trabalhando em equipe – linha do cuidado</p> <p>incrementar ações de prevenção e promoção de saúde.</p>	<p>Organizacional: para organizar as atividades grupais. Levantamento de prontuários</p> <p>Financeiro : Para impressão dos temas e atualizações;</p> <p>Político : Mobilização da equipe e gestores para implantar educação permanente e reorganização do modelo de atenção à saúde;</p>	ESF	Favorável	Não é necessária

Fonte: ESF Bonfim, 2016.

Para o desenvolvimento das tarefas deste plano de ação o responsável será o médico de saúde da família, juntamente com a equipe de estratégia de saúde da família: ACS, enfermeira e técnica de enfermagem, conforme quadros 5, 6, 7.

Quadro 5: Plano operativo e Gestão do plano sobre o nó crítico “ baixo nível de informação sobre a doença” da ESF Bonfim, 2016.

Nó crítico 1	Nível de informação sobre a doença.
Operação	Melhorar o nível de conhecimentos dos pacientes sobre o uso indiscriminado de benzodiazepínicos .
Projeto	Desenvolvendo saúde
Resultados esperados	Melhoria do conhecimento da população sobre uso de benzodiazepínicos. População mais informada sobre os riscos e consequências.
Produtos esperados	Avaliações do nível de informação da população sobre as consequências do uso de benzodiazepínicos, campanhas de promoção e prevenção de saúde, pacientes mais responsáveis.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeira.
Recursos necessários	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Financeiros: Disponibilização de materiais educativos. Econômico: Para aquisição de folhetos.
Recursos críticos	Econômico: Para aquisição de folhetos. Político Mobilização social. Financeiros: Disponibilização de materiais educativos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: profissionais da saúde Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Promover educação e saúde através de divulgação na radie e grupo operativo.
Responsáveis:	Profissionais da saúde
Cronograma / Prazo	Um ano

Gestão, acompanhamento e avaliação.	Favorável
--	-----------

Fonte: ESF Bonfim, 2016.

Quadro 6: Plano operativo e Gestão do plano sobre o nó crítico “prescrições inadequadas para uso de benzodiazepínicos” da ESF Bonfim, 2016.

Nó crítico 2	Avaliar melhor.
Operação	Identificar e modificar fatores de risco para cronicidade dos pacientes com uso de medicamentos benzodiazepínicos.
Projeto	avaliar melhor.
Resultados esperados	Estilos de vida mais saudável. Técnicas para diminuir o estresse. Redução do número de usuários de BZD.
Produtos esperados	Aumento das consulta programadas para pacientes em uso de BZDs.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde.
Recursos necessários	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Financeiros: Para aquisição de folhetos, métodos áudio visuais. Organizacional: Para organizar as atividades grupais.
Recursos críticos	Organizacional: Organização da agenda programada.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: profissionais da saúde. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Promover educação em saúde.
Responsáveis:	Profissionais da saúde.
Cronograma / Prazo	Um ano.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Favorável.

Fonte: ESF Bonfim, 2016.

Quadro 7: Plano operativo e Gestão do plano sobre o nó crítico “Ações de saúde insuficientes” da ESF Bonfim, 2016.

Nó crítico 3	Ações de saúde insuficientes.
Operação	Organizar a agenda programada para aumentar o atendimento dos pacientes com uso de benzodiazepínicos. Incrementar ações de prevenção e promoção de saúde.
Projeto	Trabalhando em equipe
Resultados esperados	Agenda programada organizada, satisfação dos pacientes.
Produtos esperados	Elaboração de uma programação de atividades de promoção e prevenção.
Atores sociais/ responsabilidades	Agentes comunitários de saúde, enfermeira e médico. Equipe de saúde.
Recursos necessários	Financeiros: Aquisição de recursos, material didático, educativo, folhetos cartazes. Organizacional: Organização da agenda programada Político: Parceria, mobilização social.
Recursos críticos	Organizacional: Organização da agenda programada.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: profissionais da saúde. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis:	Profissionais da saúde.
Cronograma / Prazo	Um ano.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Favorável.

Fonte: ESF Bonfim, 2016.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de benzodiazepínicos atingiu um número importante na população mundial e no Brasil. Os pacientes na busca de medicamentos para alívio do estresse e ansiedade tem gerado o uso prolongado e tem apresentado como consequência a dependência aos BZDs. Nesse sentido, um melhor conhecimento da população sobre a ação dos BZDs e melhor participação dos profissionais da ESF Bonfim, podem contribuir significativamente prevenindo efeitos danosos.

O tratamento com benzodiazepínicos é uma forma terapêutica importante, mas é preciso refletir com relação a seu uso, para poder obter o máximo de benefício e impedir os danos decorrentes ao uso abusivo desta medicação.

Espera-se que a ESF Bonfim crie um vínculo estreito com a população estudada e reverta esse diagnóstico situacional, para que o paciente alcance o entendimento real dos efeitos do uso prolongado de benzodiazepínicos. Também será criado planos terapêuticos que viabilizem a superação de sintomas emocionais e uma melhora da qualidade de vida desses usuários.

REFERÊNCIAS

ALBIERO, F. G. *et al.* **Utilização frequente de ansiolíticos e antidepressivos, no PSF João Maria em Blumenau:** O combate pela Fisioterapia Preventiva. Revista de Fisioterapia da FURB. Blumenau, v. 2, n.1, p.1-16, jul. 2005. Disponível em : <<http://www.scielo.br> >. Acesso em: set.2009.

ALBERTINO, S.; FILHO, P. F. M.. **Benzodiazepínicos:** atualidades. Rev. Bras. de Medicina Orl [periódico na internet].[acesso em 20 nov 2011]. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp>, 2000.

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

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária:** passo a passo. 3. ed. revisada e ampliada. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BERNIK, M.A; ASBAHR, F.R; SOARES, M.B.M. **Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos.** Rev. Latino-AM. Enfermagem V.13, Ribeirão Preto, 2005.

CASTRO P.J.A. Metodología de Investigación. Fundamentos. Salamanca: Amarú, 2001.

CHIESA, Anna Maria. **Autonomia e resiliência:** categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde. 2005. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

DELGADO, M.L.; BANDRÉS, F. **Trastornos de la ansiedad en Avances en Ciencias de la Salud y de la Vida.** Medicina Legal. Libros de Casos I. PsiquiatriaForense y Drogodependencias 2006. Págs. 353-383.

GRIGOLETO, A.R.L; GIMENES, F.R.E.; AVELAR, M.C.Q. **Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 347, 2011.

HOLANDA, V.R.; DIAS, M.D; FILHA, M.O.F. **Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes.** Rev. eletrônica enferm, v. 9, n. 1, 2007.

HUF, G.; LOPES, C.S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos Long-term benzodiazepine

use in women at a daycare center for older people. *Cad. Saúde Pública*, v. 16, n. 2, p. 351-362, 2000.

HUXLEY, A. **As Portas da Percepção - céu e Inferno**. Editor: Via Optima; Edição/reimpressão: 2005.

JUFE, G. Ansiolíticos e hipnóticos. En: **Psicofarmacología práctica**. 1ª Ed. Buenos Aires: Polemos S.A 2001 119-69.

LACERDA, M.R.B. *et al.* **Germinação de sementes de sabiá em diferentes substratos em condições de viveiro**. Simpósio de Pesquisa e Pós-Graduação da UFRPE, v. 4, 2003.

MCKERNAN, R.M. *et al.* Sedative but not anxiolytic properties of benzodiazepines are mediated by the GABA(A) receptor alpha1 subtype. *Nature neuroscience*. 3 (6): 587-92, 2000.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. **Abuso e dependência dos benzodiazepínicos**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2008.

NORDON, D.G. *et al.* **Perda cognitiva em idosos**. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. ISSN eletrônico 1984-4840, v. 11, n. 3, p. 5-8, 2009.

OGA, S. **Fundamentos de toxicologia**, 3 ed., São Paulo: Atheneu, p. 474, 2008.

OLIVEIRA, L.C.F.; ASSIS, M.M.A.; BARBONI, A.R. **Assistência farmacêutica no sistema único de saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde**. *Ciênc.* 2010.

ORLANDI, P.; NOTO, A.R. **Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo**. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.13, n.especial, p. 896-902, out.2005.

PASSARO, A. *et al.* Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: the GIFA study. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 53, n. 12, p. 1222-1229, 2000.

PIERFITTE, C. *et al.* **Benzodiazepines and hip fractures in elderly people: case control study**. *BMJ* 322 (2001) 704-708

RANG H.P.; DALE M.M. **Farmacologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SÃO JOÃO del REI. **Atlas de desenvolvimento humano**. São João del Rei, MG. [S.l.]. 2010.

SÃO JOÃO DEL REI. Secretaria municipal de saúde. Plano municipal de saúde 2014-2017, São João del Rei, dezembro 2014.

SEIBEL, S. D.; SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR, A. **Álcool e dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SILVA, J.B. et al. **Terapia comunitária integrativa na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa**. 2006.

STAHL, S.M. **Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 710 p.