

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

EISARA ESTÉVEZ ESCALONA

USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS.

GOVERNADOR VALADARES

2015

EISARA ESTÉVEZ ESCALONA

USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.
Orientador: Profa. Thais Porlan de Oliveira.

Banca examinadora:

Aprovado em Belo Horizonte: ___/___/___

Agradecimentos

Agradeço a Deus primeiramente por tudo.

À toda minha família, aos que estão e aos que partiram.

À meu querido Xavier quem ocupa a metade do meu coração.

Dedicatória

Á todas as pessoas que tem contribuído com a realização deste trabalho, e a todas as instituições que permitirão eu trabalhar, estudar e me desenvolver neste maravilhoso país.

“Primum non nocere”

RESUMO

Este estudo teve por objetivo entender a prática de prescrição, dispensação e uso prolongado de benzodiazepínicos, a partir de uma investigação bibliográfica sobre o assunto e elaborar um plano de ação que permita diminuir a prescrição e o uso deste grupo de remédios. Os autores foram escolhidos pela técnica de bola de neve, totalizando 22 obras estudadas. A conclusão da investigação bibliográfica foi de que a maioria dos estudos relatam ser frequente a obtenção de prescrição de benzodiazepínicos por solicitações junto aos médicos, sem necessidade de consulta formal. O plano de ação foi elaborado para ajudar a diminuir a prescrição de este grupo de remédios por parte do profissional médico.

PALAVRAS CHAVE: benzodiazepínicos, atitudes, conhecimentos e prática em saúde.

ABSTRACT

This study aimed to understand the practice of prescribing, dispensing and prolonged use of benzodiazepines, from a literature search of major studies in the literature on the subject and prepare one action plan, which lower the prescription and the use of this group the remedies. The authors were chosen by the technique of snowball, totaling 22 works studied. The results of the analysis of the literature were that the most studies reported frequent obtaining prescriptions of benzodiazepines for request made to doctors, without a formal consultation. An action plan was made to help to decrease a prescription of this group of medicines by the medical professionals.

KEYWORDS: Benzodiazepines, attitudes, health knowledge and health practices.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 CORONEL FABRICIANO.....	10
1.2 A SAÚDE DA FAMÍLIA	11
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVO GERAL.....	14
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
4. METODOLOGIA	15
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
5.1 OS BENZODIAZEPÍNICOS	16
5.2 EFEITOS ADVERSOS DOS BENZODIAZEPÍNICOS.....	17
5.3 USO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA.....	18
5.4 IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DA SAÚDE NA ORIENTAÇÃO DO USO RACIONAL DOS BDZ.....	20
6. PLANO DE AÇÃO	21
6.1 DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS.....	21
6.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	21
6.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO.....	22
6.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA.....	22
6.5 NÓS CRÍTICOS.....	23
6.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES.....	24
6.7 RECURSOS CRÍTICOS.....	25
6.8 VIABILIDADE.....	25
6.9 PLANO OPERATIVO.....	26
6.10 GESTÃO DO PLANO.....	27
7. DISCUSSÃO	29
8. CONCLUSÕES	30
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos representam parte considerável dos medicamentos utilizados no Brasil. Das 552,6 milhões de prescrições médicas em 2000, 74,9 milhões (13,6%) foram designadas a estes medicamentos (ADLER, 2009). Atualmente são muitos os indivíduos que utilizam alguma substância química para alcançar alterações em seu nível de consciência, ou que produzem reações físicas ou mentais temporariamente prazerosas.

Os benzodiazepínicos são amplamente prescritos para uma variedade de condições, especialmente ansiedade e insônia(BALLONE, 2005). Alguns estudos referem diversos fatores que levam à prescrição inadequada de benzodiazepínicos. A maioria dos médicos relatou que a prática de prescrever benzodiazepínicos é uma das tarefas mais solicitadas e desconfortáveis que exercem, já que aparentemente de alguma forma têm um sentimento de estarem praticando algo ilícito. Para justificar o hábito de prescrição, eles muitas vezes transferem a responsabilidade para fatores externos, como outros médicos, pacientes e falta de recursos (CARVALHO, 2004).

O uso indevido de benzodiazepínicos parece envolver, além dos usuários, os médicos que prescrevem a medicação e os farmacêuticos que a dispensam algumas vezes sem ter informação adequada deste grupo de remédios, além da baixa percepção das consequências deletérias do uso indevido de benzodiazepínicos, por estes três personagens (médico, farmacêutico e usuário). Assim, somada a uma série de outras questões, estes parecem ser alguns dos principais fatores que favorecem esse fenômeno do uso abusivo dessa classe de medicamentos em nossa sociedade (WHO, 2003).

1.1 CORONEL FABRICIANO

A história de Coronel Fabriciano, município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais, inicia-se no final do século XVI. Expedições seguiam pelos chamados *Sertões do Rio Doce* à procura de metais preciosos, no entanto o povoamento da região foi proibido no começo do século XVII, a fim de evitar contrabando do ouro extraído na região de Diamantina.

O povoamento foi liberado em 1755, e no decorrer do século XIX, o fluxo de tropeiros levou à formação do povoado de Santo Antônio de Piracicaba na região do atual Melo Viana e à posterior criação do distrito em 1923. Na mesma ocasião, a localidade passa a ser atendida pela EFVM e é construída a Estação do Calado, ao redor da qual se estabeleceu o núcleo urbano que corresponde ao Centro de Fabriciano. Em 1936, tem-se a instalação da Companhia Siderúrgica Belgo-Mineira (atual ArcelorMittal Aços Longos), que esteve presente até a década de 60, fortalecendo a formação de um núcleo urbano que culminou na emancipação de Coronel Fabriciano em 27 de dezembro de 1948.

Nas décadas de 40 e 50, respectivamente, Coronel Fabriciano passou a sediar os complexos industriais da Aperam South America (antiga Acesita) e Usiminas, que foram essenciais para o desenvolvimento da cidade. Mas, com a emancipação política de Ipatinga e Timóteo, ocorrida em 1964, as empresas passaram a pertencer a estes municípios, respectivamente. O crescimento populacional associado à presença das indústrias exigiu o surgimento de bairros e conjuntos habitacionais, forçando ao mesmo tempo a construção de estabelecimentos de saúde, investimentos em lazer e escolas, acentuadamente na segunda metade do século XX. A manutenção da atividade siderúrgica contribuiu para a formação da Região Metropolitana do Vale do Aço, que corresponde ao segundo maior pólo urbano-industrial do estado, apesar do comércio e da prestação de serviço terem se transformado nas principais fontes econômicas em Fabriciano. Atualmente tem uma população de 108843 habitantes (Coronel Fabriciano 2014).

1.2 A SAÚDE DA FAMÍLIA

O programa saúde da família (PSF) é a estratégia definida pelo Ministério de Saúde (MS) para oferecer uma atenção básica mais resolutiva e humanizada no país. Em 1994 o MS criou o Programa Saúde da família, com os objetivos de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir os modelos tradicionais, visando melhorar a qualidade de vida da população. Essa estratégia prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de maneira integral e contínua (ALBEIRO et al., 2005). Apesar dos avanços políticos e administrativos obtidos, reconhecem-se as dificuldades de adequação do PSF, como modelo de assistência à saúde, aos princípios reformadores com equidade de acesso e integralidade das práticas de saúde (CONILL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde, cada equipe do PSF é responsável pelo atendimento de um número determinado de famílias, caracterizadas como população adstrita da área de abrangência do PSF. Recomenda-se que cada equipe preste assistência a um grupo de 600 a 1000 famílias, não suplantando o limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 2001). No tocante à constituição destas equipes, devem ser compostas no mínimo por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e, no máximo por quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde, com variação nesse número, de acordo com a área de abrangência da equipe. O trabalho da equipe deve ser realizado em concordância com as diretrizes do modelo de atenção à saúde, que, dessa maneira é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde de uma determinada população.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a educação em saúde possibilita auxiliar pessoas em grupos, ou individualmente, a observar seu estado de saúde, e a conscientizar dos seus problemas de saúde pessoais, profissionais e sociais. Em vista disto, considera-se imperativo que a população adquira conhecimento e aprenda a melhor maneira de aplicá-lo, visando a preservar a saúde através de sua própria ação (ALBIERO et al., 2005).

De acordo com ALBIERO et al (2005) 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 à vida dos indivíduos de

forma única. Estas condições podem acarretar esgotamento físico e mental no indivíduo, facilitando o desencadeamento de processos patológicos.

A população, cada vez com maior frequência, tem tentado resolver seus problemas de competência médica ou não, recorrendo aos serviços oferecidos pelo SUS, e deixa de ter uma visão ampla da saúde individual e coletiva, com seus condicionantes e determinantes sociais e econômicos, acreditando não ser possível enfrentar doenças e problemas, sem a presença do arsenal terapêutico oferecido pelo sistema médico (CARVALHO & DIMESTEIN, 2004).

A justificativa deste trabalho se relaciona ao alto número de pacientes de nossa área de abrangência que consomem benzodiazepínicos por longos períodos de tempo. Diante deste quadro busca-se encontrar uma solução rápida e eficaz para o problema conscientizando os profissionais prescritores e através da orientação da população para o uso racional de medicamentos, fazendo um acompanhamento farmacoterapêutico do tratamento e prestando assistência farmacêutica. Nesse contexto, o médico tem um papel fundamental por ser o profissional que entrega a receita do medicamento.

2.JUSTIFICATIVA

Os benzodiazepínicos são uma classe de medicamentos que possuem um potencial de causar dependência conhecido. Este grupo de remédios são amplamente prescritos para uma variedade de condições, especialmente ansiedade e insônia (BALLONE, 2005). Embora as recomendações para o uso de benzodiazepínicos com prescrição sugere que a duração se limite a algumas semanas, é conhecido o uso desses medicamentos por meses, anos ou até décadas, mesmo que as evidências demonstrem que seus benefícios podem diminuir com o tempo, enquanto o potencial para efeitos adversos permanece. Estudos relatam que a alta taxa de consumo destes medicamentos pode estar diretamente relacionada com a dependência (FRASER, 2005). A justificativa deste trabalho é devido ao alto consumo de benzodiazepínicos em nossa área de abrangência.

3. OBJETIVO GERAL

Fazer uma revisão na literatura sobre o uso indiscriminado de benzodiazepínicos (BZDs) e elaborar um plano de ação que permita diminuir a prescrição e o uso deste grupo de remédios.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fazer o levantamento de informações médicas sobre o uso dos BZDs;
- Apresentar os principais efeitos adversos do uso de BZDs;
- Relatar e discutir dados sobre o abuso e dependência de BZDs;
- Apresentar a importância do profissional da saúde (médico) na orientação do uso racional dos BZDs e com isso tentar minimizar os riscos causados pela automedicação.

4. METODOLOGIA

Para a revisão da literatura, o presente estudo utilizou como referencial a metodologia qualitativa, a qual envolve uma amostra relativamente pequena de obras que tratam do tema, mas com um estudo detalhado de cada uma delas, permitindo a avaliação das dinâmicas atuais e do percurso histórico que as antecedeu. Os autores foram escolhidos pela técnica de bola de neve, ou seja, as primeiras obras sugeriram ou indicaram outras, e assim sucessivamente, até que foi atingido o “ponto de saturação teórico”. O “ponto de saturação” é atingido quando os novos autores estudados começam a repetir os conteúdos já obtidos em obras anteriores sem acrescentar novas informações relevantes (WHO, 1994).

Foram realizadas pesquisas bibliográficas por meio de livros dispostos no acervo da Biblioteca Médica Digital-Faculdade de Medicina UNAM, e em bases de dados como: Science Direct, Scielo, Pubmed, Google acadêmico e no Portal de Periódicos da Capes, Revistas Farmacêuticas e Internet, nas quais foram consultados artigos originais e de revisão sobre os temas: Benzodiazepínicos, Uso e Abuso de Benzodiazepínicos, Automedicação e Atenção Farmacêutica, no período de 2009- 2014.

Para identificar os principais problemas da nossa população utilizamos o método de Estimativa Rápida Participativa (ERP). As informações foram adquiridas por meio de entrevistas aos médicos do nosso posto de saúde, enfermeiras e técnicas de enfermagem (Informantes-Chave), dados do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) e pesquisas de campo, tendo ajuda dos agentes comunitários de saúde (ACS) e com acompanhamento de nossa supervisora do Projeto Mais Médicos.

Posteriormente foi elaborado um plano de ação/intervenção em relação aos problemas que mais afetam a nossa área de abrangência. Para encontrar os problemas mais importantes da área estudada, foi utilizado o Método da Estimativa Rápida durante a fase de planejamento e diagnóstico situacional. A Estimativa Rápida é uma maneira de se obter em um curto período de tempo e sem altos custos informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para seu enfrentamento. Ela envolve a população na identificação das suas necessidades

e também os atores sociais que controlam os recursos para o enfrentamento dos problemas (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

5. REVISÃO BIBLIOGRAFICA

5.1.OS BENZODIAZEPINICOS

Os Benzodiazepínicos (BZDs) são fármacos depressores do Sistema Nervoso Central (SNC), sendo relatados como o maior grupo de medicamentos ansiolíticos mais consumidos mundialmente. Segundo Dybwad (1996) seu uso deve ser norteado pela administração das menores doses terapêuticas, pelo menor período de tempo possível devido aos riscos de dependência e abuso. Seu uso indiscriminado está amplamente descrito na literatura e tem implicações individuais e coletivas constituindo objeto de interesse da saúde pública.

Os BZDs são classificados como sedativo-hipnóticos. Os efeitos mais proeminentes relacionados a esta classe são a sedação, hipnose, diminuição da ansiedade, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e atividade anticonvulsivante. A era dos benzodiazepínicos foi inaugurada em 1960, com a introdução do Clordiazepóxido na medicina clínica. Uma de suas principais características é a sua capacidade notavelmente baixa de produzir depressão fatal do SNC, sendo um dos motivos para sua rápida aceitação no mercado (FRASER, 2005).

Conforme consideraram Galduróz *et al.* 1997) os efeitos dos BZDs acontecem devido à sua interação com receptores de neurotransmissores inibitórios diretamente ativados pelo Ácido Gama Aminobutírico (GABA). Toda a classe de benzodiazepínicos compartilha o mecanismo de ação e as propriedades terapêuticas, diferindo quanto ao início, intensidade e duração de seus efeitos, o que pode ser explicado na maioria dos casos pelas propriedades farmacocinéticas de cada medicamento dessa classe.

Alguns achados epidemiológicos sugeriram que o abuso desta classe pode estar em ascensão (GALDURÓZ *et al.*, 1997). De acordo com Silva (2004), dados demonstraram que os agentes ansiolíticos, como os benzodiazepínicos, estão entre as substâncias prescritas que com maior frequência se utilizam regularmente por mais de dez por cento da população na maioria dos países desenvolvidos, sendo, portanto, um motivo de preocupação.

Atualmente, os BDZs ainda possuem indicações precisas para controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, mas continuam sendo prescritos de modo indiscriminado, tanto por psiquiatras quanto por médicos de outras especialidades, o que pode aumentar a automedicação e dependência destes, mesmo sendo controlados pela ANVISA (Portaria SVS/MS nº 344/98 de 12 de maio de 1998) que determina que drogarias e farmácias de manipulação só podem vendê-los mediante receita especial do médico que fica retida para posterior controle (ANVISA, 1998).

5.2. EFEITOS ADVERSOS DOS BENZODIAZEPÍNICOS

Os BDZs causam sedação, fadiga, perdas de memória, sonolência, falta de coordenação motora, diminuição da atenção, da concentração e dos reflexos, aumentando o risco para acidentes de carro ou no trabalho (KING, 2004). Em pessoas idosas estão associados a quedas e fraturas do colo do fêmur. A síndrome de retirada ou de descontinuação no caso dos BZD é muito semelhante a um quadro de ansiedade e caracteriza-se por inquietude, nervosismo, taquicardia, insônia, agitação, ataques de pânico, fraqueza, cefaleia, fadiga, dores musculares, tremores, náuseas, vômitos, diarreia. Os benzodiazepínicos apresentam efeitos semelhantes entre si e a escolha por um ou outro representante leva em conta diferentes parâmetros como o uso anterior da forma crônica, em geral há uma maior tolerância para os efeitos colaterais e são necessárias doses maiores; em relação à idade, velhos e crianças necessitam de doses menores; em pessoas com comprometimento hepático deve-se dar preferência pelos que não são metabolizados pelo fígado (oxazepam ou lorazepam).

Um parâmetro no uso clínico é a meia vida de eliminação que pode ser uma meia vida curta (menor que 5 horas), intermediária 5-24 horas ou maior que 24 horas podendo chegar até 120 horas, em função da geração ou não de metabolitos ativos por ocasião de sua metabolização pelo fígado. A meia vida tem relação com o tempo de duração do efeito clínico (NAPPO, 2003). O diazepam, o clonazepam e o clordiazepóxido são metabolizados lentamente, enquanto que o lorazepam, o alprazolam, o triazolam, o midazolam e o oxazepam são metabolizados de forma

mais rápida e não possuem metabólitos ativos. São os preferidos para uso por pacientes idosos ou com doença hepática.

Os BDZs provocam sonolência diurna e diminuição dos reflexos, devendo-se evitar o seu uso ou utilizar com cuidado em pessoas que dirigem automóveis ou operam máquinas perigosas. Deve-se evitar o seu uso em pacientes com alto potencial de abuso (dependentes químicos, alcoolistas), em deprimidos, pois podem agravar a depressão. Com a finalidade de evitar a dependência, como regra, deve-se ainda tentar utilizar a menor dose eficaz e pelo menor tempo possível, exceto no transtorno de ansiedade generalizada onde eventualmente o uso pode ser por tempo prolongado. Após o uso crônico é recomendável a retirada gradual (ORLANDI, 2005; RICKELS *et al.*, 1999).

5.3 USO ABUSIVO E DEPENDENCIA

Existem dois perfis principais de usuários crônicos de benzodiazepínicos descritos: um deles composto por idosos, que buscam principalmente o efeito hipnótico da medicação, e o outro composto por indivíduos de meia idade, predominantemente do sexo feminino, que buscam o efeito ansiolítico. Essas categorias também são apresentadas em estudos internacionais por YANMEI (1996); KING (2004) e BERNICK (1999). As falhas no processo de dispensação dos Benzodiazepínicos são confirmadas por outras pesquisas Nacionais (NOTO, 2002). Porém, os usuários entrevistados negaram a utilização de estratégias ilegais de obtenção da medicação nas drogarias. Embora o grupo de usuários precisasse ser ampliado para verificar tais conclusões, os dados deste estudo sugeriram que o usuário indevido seja, na verdade, um paciente desinformado, que mantém o uso crônico do BDZ legitimado pela falta de preparo do médico. No que diz respeito à classe médica, o estudo (ERP) de nossa área de abrangência, confirma a prescrição médica como fator de grande importância na manutenção do uso crônico de benzodiazepínicos.

A prescrição médica indiscriminada também tem sido observada em outros países. Em um estudo domiciliar realizado na China (YANMEI, 1996), envolvendo 3.000 famílias, foram encontrados 107 dependentes de Benzodiazepínicos, dos quais 91,6% adquiriam medicação através de prescrição médica. Em outro estudo,

sobre as características sócio demográficas de usuárias crônicas de Benzodiazepínicos em Valência, na Espanha, o clínico geral foi prescriptor regular de benzodiazepínicos em até 100% dos casos (SOBRECASES, 1997). Esta pesquisa também indicou a carência de informação por parte dos usuários a respeito dos efeitos adversos ocasionados pelos Benzodiazepínicos.

Em uma pesquisa conduzida na Áustria, em que foram entrevistados pacientes internados que faziam uso de benzodiazepínicos, apenas 2% consideraram suficientes as informações providas pelo prescriptor, enquanto 66% negaram ter recebido qualquer informação (LENHART, 2001). A falta de esclarecimento parece facilitar a cronificação do uso, à medida que o usuário não avaliaria os riscos aos quais se submete. No Brasil, a baixa percepção de risco pela população também tem suas raízes na carência de debate social sobre a questão nos meios de comunicação, que privilegiam apenas o cenário das drogas ilícitas como problema. Além disso, entre os psicotrópicos, os benzodiazepínicos figuram como medicamentos com razoável margem de segurança e inegável eficácia, o que justifica sua popularidade junto aos médicos e à população leiga (BERNICK, 1999). Apesar da segurança oferecida pelos Benzodiazepínicos, observa-se na literatura a recomendação preferencial de outras intervenções que não a prescrição de benzodiazepínicos para o tratamento ou alívio sintomático de estado ansioso e de insônia. São recomendados agentes farmacológicos não pertencentes à classe dos Benzodiazepínicos, bem como intervenções psicoterápicas ou a combinação de ambos (LARANJEIRA, 2001).

Essa realidade, entretanto, não vem dispendo de qualquer respaldo junto às políticas de promoção de saúde. Isso aponta para a necessidade de melhor formação e atualização dos profissionais, assim como de informação dos usuários, medidas de prevenção primária, que poderiam resultar em grande impacto social a um baixo custo. Neste cenário, não apenas a classe médica, mas os profissionais de saúde em geral como enfermeiros, psicólogos, agentes comunitários e farmacêuticos poderiam ser alvo de tais medidas, já que estão em posição privilegiada para alertar sobre os riscos e monitorar o uso destes medicamentos junto à população.

5.4. IMPORTANCIA DO PROFISSIONAL DA SAÚDE NA ORIENTAÇÃO DO USO RACIONAL DOS BZDs.

A decisão de tratar uma pessoa ansiosa com um benzodiazepínico deve ser tomada com cautela. É necessário considerar outras possíveis abordagens terapêuticas que poderiam ser adotadas com sucesso e ponderar os riscos inerentes à utilização destas substâncias em relação a seus benefícios terapêuticos. Causas clínicas de ansiedade como disfunções tireoidianas, cafeinismo e reações a outros medicamentos devem ser excluídas. O paciente deve ser orientado de forma correta e adequada. O período de utilização não deve ser longo e o paciente deve ser avaliado frequentemente (NATASY, *et al.*, 2002).

Para Nastasy *et al.* (2002), ao escolher um tratamento com um benzodiazepínico, deve-se ter em mente que o uso prolongado destas drogas (maior que 12 meses) tem complicações potenciais, como efeitos colaterais, risco de dependência e custos sócio econômicos, como, por exemplo: maior risco de acidentes, maior risco de overdose em combinação com outras drogas, risco elevado de tentativas de suicídio, risco de atitudes antissociais, redução da capacidade de trabalho, desemprego, aumento do custo com internações, consultas e exames. Assim, é imprescindível que os profissionais de saúde e os gestores possam juntos buscar alternativas para a questão do uso correto dos benzodiazepínicos, de forma a evitar sérias implicações para a assistência em saúde no município. Apenas por meio de um trabalho conjunto será possível modificar esta realidade.

6. PLANO DE AÇÃO

6.1. Definição dos problemas

Segundo CARVALHO, DIMENSTEIN (2004) os problemas podem ser categorizados como terminais e intermediários. Os intermediários são aqueles vividos no cotidiano da organização, eles causam interferências na qualidade final dos produtos ou dos serviços prestados. Já os terminais são aqueles vividos diretamente pelos clientes ou usuários da organização, e devem ser o alvo do planejamento. Para enfrentar os problemas terminais, inevitavelmente, devem-se enfrentar os problemas intermediários que interferem ou são causadores dos problemas finais.

Em relação a enfermidades identificadas na área de abrangência devemos frisar a alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HTA), Diabetes Mellitus tipo II, falta de planejamento familiar, violência e abuso de psicotrópicos. Esses dados foram levantados através dos registros da unidade, entrevistas e observação ativa na comunidade.

6.2. Priorização dos problemas

A prefeitura municipal de Coronel Fabriciano faz a distribuição gratuita de medicamentos benzodiazepínicos (Diazepam e Clonazepam) para os usuários da atenção básica. O que mais chamou atenção na unidade básica de JK foi que muitos pacientes faziam uso inadequado daqueles medicamentos. Além disso, na entrevista aos usuários, a maior parte se considerou incapaz e viver sem o medicamento o que permite sugerir que já esta é uma população dependente, e que de acordo com Laranjeira *et al.* (2001), já apresentam dependência química dos benzodiazepínicos e perigo das complicações relacionadas a esses quadros, pelo que passaram a constituir grande preocupação para a saúde pública na nossa área de abrangência.

Os demais problemas encontrados foram o alto número de pacientes hipertensos e diabéticos sem o acompanhamento médico necessário. Grande parte dos pacientes procura a unidade somente para renovação das receitas, não utilizam corretamente os medicamentos prescritos e nem participam dos grupos operativos disponibilizados pela unidade.

Finalmente a falta de planejamento familiar e falta de contra referências são outros problemas que atrapalham o nosso trabalho no posto de saúde, proporcionando dificuldades na execução de tarefas, havendo sobrecarga de trabalho para alguns e a população sofre o reflexo.

Tabela # 1 Identificação do principal problema da nossa área de abrangência

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacitação de enfrentamento	Seleção
Abuso de Benzodiazepínicos	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de HTA e DM tipo II	Alta	4	Parcial	2
Falta de planejamento familiar	Alta	4	Parcial	3
Falta de contra referencias	Alta	4	Fora	4

6.3. Descrição do problema selecionado

Foi-se constatado que na UBS havia um número significativo de usuários crônicos de BZDs, sendo que frequentemente não é possível encontrar nos prontuários informações importantes como, por exemplo, a indicação inicial da droga. Notou-se que em muitos usuários essas drogas foram introduzidas por profissionais de outros serviços e que com o tempo seu uso passou de racional (caso a indicação inicial tenha sido correta) para crônico.

6.4. Explicação do problema

Muitos são os motivos da busca e uso de BZDs. Na UBS percebemos, através da entrevista com os pacientes, que as principais causas do uso e busca por estes medicamentos foram a insônia e ansiedade.

A insônia pode ser consequência de maus hábitos devida e falta de higiene do sono. Medidas simples como regularização do horário para deitar, com restrição de cochilos durante o dia, saída da cama se houver dificuldade para dormir, só retornando quando o sono se apresentar, limitação da ingestão de cafeína e álcool à noite, redução da ingestão de líquidos e alimentos durante a noite; quarto com temperatura adequada e suficiente silêncio, banhos quentes e massagem antes de dormir podem ser bastante eficazes para melhora na qualidade do sono de acordo com King (2004).

A ansiedade é outro motivo frequente que leva o usuário a buscar alívio através de psicofármacos, no entanto percebe-se que tais drogas por vezes são uma solução simplista e não resolutive. Há uma grande carência de dispositivos e ferramentas comunitárias que possibilitam à comunidade diminuir e administrar o estresse, como por exemplo: centros esportivos públicos acessíveis de qualidade, centros de cultura e lazer públicos acessíveis, apoio psicossocial, núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e outros.

Alguns tipos de abordagens comportamentais podem ser empregados, tais como técnicas de relaxamento e exercícios físicos moderados durante o dia. Embora tais abordagens pareçam promissoras, sua eficácia ainda não foi adequadamente investigada. No entanto, seu emprego deve sempre preceder o uso de fármacos hipnóticos (SILVA, 2004).

O atual estilo de vida da sociedade moderna é outros fatos agravante e com grande potencial psicopatogénico. O consumo crescente de BZDs pode ser resultado de um momento turbulento que caracteriza as últimas décadas da humanidade. A diminuição progressiva da resistência da humanidade para tolerar o estresse, a introdução profusa de novas drogas e a pressão propagandística crescente por parte da indústria farmacêutica ou, ainda, hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos podem ter contribuído para o aumento da procura pelos BZDs (BERNICK, 1999).

6.5. Nós Críticos

- Hábitos e estilos de vida;
- Falta de recursos /ferramentas comunitárias;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Prescrição indiscriminada;
- Usuários já em uso crônico de BZDs.

6.6.

Tabela #2 Desenho das operações.

Nós críticos	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários.
Hábitos e estilos De vida	Mais Saúde Higiene do sono/Mudança de hábitos de vida.	Melhora do sono/ Diminuição da ansiedade.	Programa de caminhada/ Palestras educativas.	<u>Cognitivo:</u> Informações. <u>Organizacional:</u> Adesão comunitária.
Falta de recursos /ferramentas comunitárias.	Qualidade de vida Oferecer mais recursos de lazer/cultura.	Melhora da qualidade de vida	Centros de esporte /lazer/cultura/NASF	<u>Político:</u> Envolvimento das autoridades. <u>Financeiro:</u> Investimentos. <u>Organizacional:</u> Mobilização Social.
Estrutura dos serviços de saúde.	Articulação Receber apoio do serviço de psiquiatria	Melhora técnica do atendimento. Melhora do fluxo referência/contra referencia	Suporte da Saúde Mental	<u>Organizacional:</u> Articulação entre os setores. <u>Cognitivos:</u> Elaboração de linha de cuidados.
Prescrição indiscriminada	Receita Consciente Capacitar os profissionais médicos quanto ao uso racional	Melhora técnica das prescrições	Receita com indicação, quantidade e tempo de uso corretos de BZDs	<u>Organizacional:</u> Capacitação, Elaboração de protocolos, <u>Cognitivos:</u> Mudanças de paradigmas.
Usuários já em uso crônico	Descontinuação* Gradualmente descontinuar o uso crônico dos BZDs	Descontinuação do uso crônico de BZDs gradualmente.	Grupo de usuários crônicos de BZDs	<u>Organizacional:</u> Formar o grupo de usuários crônicos de BZDs <u>Cognitivo:</u> Avaliação médica individualizada.

*Segundo Orlandi (2005) uma estratégia que costuma dar bons resultados é a introdução de um antidepressivo com ação ansiolítica e efeitos sedativos (Ex Amitriptilina ou Nortriptilina) e só depois iniciar a retirada gradual dos benzodiazepínicos, com redução de 25% da dose a cada 15 dias

6.7

Tabela #3 Recursos Críticos.

Operação	Recurso Crítico
+Saúde	Cognitivo: mudança de hábitos de vida
Qualidade de vida	Político: Atitudes das autoridades Financeiro: Investimentos em recursos comunitários.
Articulação	Organizacional: Matriciamento da psiquiatria/ Articulação entre setores da saúde.
Receita consciente	Cognitivo: Mudanças das atitudes
Descontinuação	Cognitivo: Aceitação / colaboração do paciente.

6.8.

Tabela # 4 Viabilidade.

Operações projetos	Recursos críticos	Ator que Controla	Motivação	Ação estratégica
+ Saúde Higiene do sono/Mudança de hábitos de vida	Cognitivo: Mudança de hábitos de vida	Médicos Usuários	Favorável Dos usuários: Parte é favorável, Parte é indiferente.	Palestras na UBS
Qualidade de vida Oferecer mais recursos de lazer / cultura	<u>Político:</u> Atitude das autoridades. <u>Financeiro:</u> Investimentos em recursos comunitários.	Associações de bairro. Ministério da Ação social Secretários de Saúde, Planejamento, Ação Social, Educação, Cultura, e Lazer, ONGs, Sociedade Civil, Defesa Social, Judiciário	Algumas instituições são favoráveis outras são indiferentes.	Apresentar projetos e propostas às instituições. Propor grupos de caminhada e outros
Articulação	<u>Organizacional</u>		Favorável	Apresentar

Receber apoio do serviço de psiquiatria	Matriciamento da psiquiatria/ articulação entre os setores da saúde.	Secretaria de Saúde		propostas à secretaria de saúde.
Receita consciente Capacitar os profissionais médicos quanto ao uso racional dos BZDs	<u>Cognitivo:</u> Mudança de atitude	Faculdades de medicina Profissionais médicos	Parte é favorável e parte é indiferente	Remanejamento farmacológico, introdução de drogas com efeitos sedativos não benzodiazepínicos
Descontinuação Gradualmente retirar o uso crônico dos BZDs	Cognitivo: Aceitação / Colaboração do paciente	Médico da UBS	Favorável	Grupo de usuários crônicos de BZDs

6.9.

Tabela #5 Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazos
+ Saúde Modificar os hábitos de vida	Diminuição Da ansiedade. Sono de melhor qualidade.	Programa de caminhada / Palestras educativas	Cartazes e convites para a população na UBS	Médica enfermeira e ACSs	2 meses para o início das atividades
Qualidade de vida	Aumentar a sensação de saúde e bem-estar	Centros esportivos /culturais/lazer/NASF.	Contratar os representantes políticos para investimento e construção de áreas	Médica e coordenador da atenção básica da saúde (ABS)	2 anos
Articulação Melhor comunicação entre os profissionais/setores.	Apoio do serviço de psiquiatria. Melhoria técnica em saúde mental	Capacitações em saúde mental. Referência contras-referencias efetivas	Discutir proposta em reunião na Secretaria Municipal de Saúde.	Médica e coordenador da UBS	1 ano
Receita consciente Prescrição responsável	Conscientização do uso correto dos psicotrópicos/benzodiazepínicos	Prescrições receitas coerentes	Apoio da farmácia. Mudança de paradigmas	Médico Farmacêutico.	1 ano
Descontinuação do uso crônico de benzodiazepínicos	Interromper e prevenir a ocorrência dos efeitos adversos do uso a longo prazo.	Grupo de usuários Crônicos de BZDs.	Associação de drogas ansiolíticas/hipnóticas não benzodiazepínicas.	Médica Farmacêutica.	2 anos.

6.10. Gestão do plano

Tabela #6 Operação + Saúde

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de caminhada	ACS	2 Meses	Em Andamento	O apoio de um educador físico via NASF	4 Meses
Palestras educativas	Médico	2 Meses	Ainda não iniciado	Planejamento	Mantido (2 meses)

Tabela # 7 Operação Qualidade de vida

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Construção de centros esportivos /culturais de lazer NASF	Coordenador da UBS	2 anos	Ainda não iniciado	Complexidade da operação Planejamento	4 meses

Tabela # 8 Operação Articulação.

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Apoio da psiquiatria	Médico	6 meses	Ainda não iniciado	Planejamento	Mantido 8 meses
Sistema de referência/	Coordenador	1 Ano	Ainda não	Planejamento	Mantido

contrarefêrencia	da UBS		iniciado		por 1 ano
------------------	--------	--	----------	--	-----------

Tabela #9 Operação Receita consciente.

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Prazo
Prescrições de Benzodiazepínicos	Médico	1 ano	Em andamento	Reunião com a farmácia Ainda não realizada	Mantido 1 ano

Tabela # 10 Operação Descontinuação

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Prazo
Grupo de usuários crônicos de BZDs	Médico	2 anos	Em andamento	Dificuldade de adesão de todos os usuários crônicos	Mantido 2 anos

7. DISCUSSÃO

Foram pesquisadas e estudadas 22 fontes bibliográficas sobre o tema. Sobre o início do uso e sobre a orientação médica, foi possível perceber que os estudos apontam que usuários podem não estar sendo alertados sobre o tempo total de tratamento no início do mesmo. Além disso, é possível que exista a falta de orientação médica sobre os riscos da terapia com benzodiazepínicos.

Nas informações obtidas na UBS, psicólogos e médicos também demonstraram perceber a falha na orientação médica. Além disso, observa-se também que muitas vezes a indicação inicial do remédio é feita por amigos, vizinhos e/ou familiares. As informações sugerem que muitos usuários iniciam o uso para evitar dificuldades cotidianas ou traumas pessoais, como a perda de um ente querido.

Em relação à função e progressão do uso, as pesquisas indicam duas principais funções para o uso de benzodiazepínicos: o tratamento dos distúrbios do sono e o tratamento dos transtornos da ansiedade. Foram descritos dois perfis predominantes de usuários. Um deles composto por idosos que buscam o efeito hipnótico da medicação, e o outro composto predominantemente por mulheres de meia idade que buscam efeito ansiolítico. O fenômeno da tolerância e/ou aumento progressivo da dose foi relatado em várias pesquisas. Além disso, também foi mencionada a substituição entre os Benzodiazepínicos. Aqui vale destacar alguns fatores acerca da disponibilidade e aceitabilidade dos Benzodiazepínicos.

Um fator que parece favorecer a popularidade dos Benzodiazepínicos é o preço. O baixo custo seria um dos fatores que propiciaria a banalização do uso de esses medicamentos. Verificou-se também a boa aceitação dos Benzodiazepínicos através da imagem positiva conferida ao medicamento pelos usuários crônicos, que enfatizam seus efeitos positivos: relaxa, acalma, proporciona sono restaurador, induz o sono rapidamente. Os estudos sugerem que os usuários utilizam estratégias para aquisição das drogas, tais como simulação, bajulação, sedução e ameaças. A principal estratégia é a aquisição de receita junto a médicos amigos ou familiares, além de solicitação de receita a médicos diferentes (alternadamente). Os estudos relatam, sobre a dispensação, a constante solicitação de medicação sem receita apropriada nas farmácias e drogarias.

8. CONCLUSÕES

De uma maneira geral, conclui-se que é importante controlar a dispensação dos Benzodiazepínicos, até porque, além do risco de dependência associado ao uso crônico da medicação, há o risco de intoxicação letal pelo medicamento. Chegamos também à conclusão de que entre os principais problemas no alto número de pacientes com uso indiscriminado dos benzodiazepínicos estão: 1) A má indicação clínica; 2) A desinformação do médico; 3) Falha na informação dos pacientes na consulta e 4) Falta de conscientização tanto da parte do médico quanto do farmacêutico neste importante problema.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, A. Depressão. Aspectos psicológicos da enfermidade junho, 2005. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>. Acesso em: jan. 2015.

ALBIERO, F. G.; BISS, P. C.; BORGES, M. F.; DECKER, D.; LAUER, M. R. PFAU, L.; SCHLÜTER, K.G. 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: jan. 2015.

BALLONE, GJ, ORTOLANI, IV. Psicofarmacologia para Não Psiquiatras, Ansiolíticos, in. PsiqWeb, Internet, disponível em: <http://www.psiqweb.med.br> 2005. Acesso em jan.2015.

BERNIK, M.A; ASBAHR, F.R; SOARES, M.B.M; SOARES, C.N. Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos. J Bras Psiq 1999; 40 (4):191-8

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília Ministério da Saúde, 2001, p. 125.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. Estudos de Psicologia, Natal, v. 9, n. 1, p. 1-3, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: jan.2015.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 18, p. 1-3, out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br> . Acesso em: jan. 2015.

DYBWAD, T.B. et al, 1996. Why are some doctor's high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway, family practice, v.14, n.5 pp.358-361.

FRASER AD. Use and abuse of the benzodiazepines. The Drug Monit 2005 Oct; 20(5):481-9.

GALDURÓZ, J.C.F; NOTO, A.R; CARLINI, E.A. IV. Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus de 10 capitais brasileiras –1997. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas Departamento de Psicobiologia -UNIFESP -EPM; 1997.

KING,MB. Long-term benzodiazepine users -a mixed bag.Addiction. 2004; 89:1367-70.

LARANJEIRA, R; CASTRO, L.A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: Bernik MA editor. Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência. São Paulo (SP): Edusp; 2001, p187-98

LENHART, SE. BUYASSE, DJ. Treatment of insomnia in hospitalized patients. Ann Pharmacother 2001; 35(11):1449-57.

NATASY, H et al, "Diretriz: Abuso e dependência dos Benzodiazepínicos, Associação Brasileira de psiquiatria", 2002. Disponível em <http://www.viverbem.fmb.unesp.br>.

NAPPO, S; CARLINI, E.A. Preliminary findings: consumption of benzodiazepines in Brazil during the year 1988 and 1989. Drug alcohol Depend. 2003; 33:11-7.

NOTO, A.R; CARLINI, E.A; MASTROIANNI, P.C; ALVES, V.C; GALDURÓZ, J.C.F; KUROIWA, W. et al. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. Rev Bras Psiq 2002; 24(2):68-73.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chaves no município de São Paulo. Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 13, n. especial, p. 896-902, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: jan.2015.

SILVA, JA. História dos Benzodiazepínicos. In: Bernik MA, editor. Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência. São Paulo (SP): Edusp; 2004. P.15-28.

SOBRECASES, BS. GONZALEZ, AL. MARTÍNEZ, FJ. VARELA,MMS. Sociodemographic characteristics of female habitual benzodiazepine consumers in the catchment area of a health care center. Scand J Soc Med 1997; 3:176-9.

WHO. Review Group. Use and abuse of benzodiazepines. Bull World Health Org 2003; 61:551-62.

WHO. World Health Association. Qualitative Research for health programmers. Division of Mental Health. Geneva: WHO; 1994.

YANMEI, W.ZHENBO, L. et al. An epidemiological survey on use and abuse of antianxiety drugs among Beijing residents. Chinese Med J 1996; 109(10):801-6.