

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARCUS GUALBERTO DE OLIVEIRA JÚNIOR

**ABUSO NO CONSUMO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELA
POPULAÇÃO DE ENTRE RIOS DE MINAS - MG**

**BARBACENA – MINAS GERAIS
2015**

MARCUS GUALBERTO DE OLIVEIRA JÚNIOR

**ABUSO NO CONSUMO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELA
POPULAÇÃO DE ENTRE RIOS DE MINAS - MG**

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

Orientador: Prof. Orozimbo Henriques Campos Neto

**BARBACENA – MINAS GERAIS
2015**

MARCUS GUALBERTO DE OLIVEIRA JÚNIOR

**ABUSO NO CONSUMO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELA
POPULAÇÃO DE ENTRE RIOS DE MINAS - MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Orozimbo Henriques Campos Neto

Examinador 2: Prof. Virgiane Barbosa de Lima

Aprovado em Belo Horizonte, em 20 de fevereiro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos amigos da Unidade Básica de Saúde Alcino Lázaro pelo carinho, paciência e comprometimento. Os resultados obtidos só foram possíveis devido a importante contribuição de cada um. Agradeço também aos tutores à distância do curso de especialização Estratégia em Saúde da Família e ao orientador desse trabalho.

RESUMO

O abuso no consumo de benzodiazepínicos (BZD) é um problema de saúde pública recorrente na atenção primária. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Alcino Lázaro, em Entre Rios de Minas-MG foi constatado que cerca de 20% dos pacientes diariamente atendidos faziam uso crônico e injustificável de BZD. A prática clínica mostra que tais medicamentos não devem ser utilizados por longos períodos, devido aos riscos de dependência e distúrbio das atividades motoras, situações que acarretam prejuízos sociais e econômicos, e conseqüentemente, determinam a necessidade de intervenção. O objetivo é elaborar um projeto de intervenção para promover a redução do número de usuários crônicos de BZD. O plano de intervenção foi elaborado a partir dos passos do planejamento estratégico situacional e após reunião de equipe na UBS. Objetivava a atuação no âmbito da prevenção primária e secundária. Para tal, a conscientização dos pacientes e da equipe de saúde foi feita de forma a evitar a prescrição de novos benzodiazepínicos e realizar o desmame nos casos de uso sem indicação. Ao menos uma consulta médica será realizada com cada usuário crônico de BZD para realizar o desmame da droga e orientações gerais. Espera-se, com essa proposta de intervenção, que haja uma conscientização da população sobre os riscos dos BZD e, conseqüentemente, ocorra uma redução do uso na população da área de abrangência da UBS Alcino Lázaro, a médio e longo prazo.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Saúde Mental. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Ansiolíticos. Uso de Medicamentos.

ABSTRACT

Benzodiazepine (BZD) drug misuse is a recurrent health concern in primary care. At Basic Health Unit Alcino Lázaro in Entre Rios of Minas - MG, it was verified that about 20% of the patients seen every day were chronic and unjustifiable user of BZD. As seen during the clinical practice, those drugs should not be prescribed for chronic use since it induces dependence and motor impairment, wich can impact in one's social and economic activities. Therefore, physicians should intervene in these situations. The objective is to develop an intervention project aimed at reducing the number of chronic users of these medicines. The intervention plan was made from the steps of the situational strategic planning and after staff meeting at Basic Health Unit. The performance objective is primary and secondary prevention. For this purpose the awareness of patients and the health care team was made to wean the benzodiazepines and avoid the prescription without accurate medical criteria. At least one medical visit will be held with each chronic user of BZD in order to weaning the drug and to holding general guidance on risk of abuse. It is expected, with this proposal for intervention, there is an awareness of the Basic Health Unit Alcino Lázaro population about the risks of BZD use and therefore the abuse of these drugs in the medium and long terms decrease.

Key words: Primary Health Care. Mental Health. Substance-Related Disorders. Anti-Anxiety Agents. Drug Utilization.

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

BZD: Benzodiazepínicos

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FMS: Fundo Municipal de Saúde

GABA: Ácido γ - aminobutírico

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PIB: Produto Interno Bruto

PPI: Programação Pactuada Integrada

SNC: Sistema Nervoso Central

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1- Operações sobre o problema “Ausência de conscientização da equipe de saúde” relacionado ao uso abusivo de benzodiazepínicos (BZD) na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Alcino Lázaro, em Entre Rios de Minas, Minas Gerais..... 22

TABELA 2- Operações sobre o problema “Ausência de conscientização dos pacientes” relacionado ao uso abusivo de benzodiazepínicos (BZD) na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Alcino Lázaro, em Entre Rios de Minas, Minas Gerais..... 24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo geral	13
3.2 Objetivos específicos.....	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
5.1 Farmacologia dos BZD.....	16
5.2 Segurança dos BZD.....	17
5.3 Retirada de BZD.....	19
5.4 Medicalização.....	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICE A – Panfleto sobre medidas de higiene do sono.....	31

1 INTRODUÇÃO

Entre Rios de Minas é um município de Minas Gerais com 14.242 habitantes, de acordo com os últimos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Localiza-se na mesorregião metropolitana de Belo Horizonte e microrregião de Conselheiro Lafaiete. Encontra-se a 110 km ao sul da capital, tem como cidades vizinhas Desterro de Entre Rios, Casa Grande, Jeceaba, Lagoa Dourada, Queluzito, São Brás do Suaçuí e Resende Costa. O município possui uma área total de 456,796 km² e uma densidade demográfica de 31,18hab/ km². De acordo com o IBGE existem 4264 domicílios, com aproximadamente 4151 famílias, entre as quais 1241 na zona rural e 2910 no perímetro urbano. Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,672 de acordo com o censo de 2010 e Produto Interno Bruto (PIB) de 115.380 milhões de reais, com um PIB per capita de 8.052,23 reais (IBGE, 2010).

Em relação ao sistema de saúde, o município prevê um modelo de atenção centrado na atenção primária a saúde, que possui como eixo principal a prevenção. Os problemas de média e alta complexidade são referenciados via Programação Pactuada Integrada (PPI) para os municípios de Conselheiro Lafaiete, Belo Horizonte, São Joao Del Rei, Congonhas e Barbacena. O município possui um pronto atendimento no Hospital privado (Cassiano Campolina), o qual tem um convênio firmado e recebe um repasse mensal de R\$ 62.297,00. A população tem atendimento nos casos de emergências, consultas, pequenas cirurgias, partos, serviços de laboratório e radiologia. O conselho municipal de saúde de Entre Rios de Minas obedece à seguinte composição: 50% usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de membros da gestão. As reuniões são mensais e ocorrem todo dia 20 do mês ou próximo dia útil. O município conta com o Fundo Municipal de Saúde (FMS) criado por lei municipal. Há prestação de contas junto ao Conselho Municipal de Saúde.

Atualmente, existem três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que prestam atendimento a cerca de 71% da população. A população tem acesso a três fisioterapeutas e uma terapeuta ocupacional, que atendem na unidade municipal de

fisioterapia; uma nutricionista que semanalmente atende em cada unidade de saúde; uma odontóloga que atende em uma das unidades de saúde e, no momento, um psicólogo vinculado a cada equipe.

O modelo de atenção direcionado a saúde mental na cidade tenta seguir os preceitos da reforma psiquiátrica, com a superação do hospital psiquiátrico e implantação dos serviços substitutivos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013). Entre Rios de Minas possui duas “Casa Lar” direcionadas para a reintegração do paciente com transtorno mental na sociedade. Tais locais funcionam como serviços residenciais terapêuticos ou moradias e são extremamente valorizados pelos usuários, já que se preconiza a liberdade e independência do indivíduo. Os pacientes são semanalmente acompanhados por um psiquiatra conveniado à prefeitura e estão sob os cuidados diários de técnicas de enfermagem. As três equipes de ESF no município assumem o acompanhamento dos casos de menor complexidade e os pacientes mais graves são referenciados para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Conselheiro Lafaiete. O atendimento no município com médico especialista ocorre apenas duas vezes por mês, por meio de um contrato entre o profissional e a prefeitura. Não acontece atendimento dos pacientes em crise no hospital da cidade, o que faz com que esses pacientes sejam encaminhados para o CAPS após estabilização inicial.

A unidade de saúde Doutor Alcino Lázaro, a qual trabalho, presta atendimento ambulatorial. Na unidade, estão instalados dois consultórios, uma sala de odontologia, uma sala de curativo e uma sala de nebulização. Os serviços especializados prestados completam a Estratégia de Saúde da Família, com serviços para a saúde bucal; atenção ao pré-natal de risco habitual; e controle ao tabagismo. Pude constatar, em poucos meses de trabalho, a prevalência elevada de pacientes que utilizam cronicamente medicamentos psicotrópicos, em especial benzodiazepínicos. Em um levantamento realizado no mês de julho, observei que cerca de 20% de todos pacientes diariamente atendidos se encaixam nessa situação (37 de 182). Muitos sequer se recordam de quando iniciaram o uso do fármaco e não possuem qualquer acompanhamento que justifique o uso prolongado.

2 JUSTIFICATIVA

O uso de benzodiazepínicos (BZD) por longos períodos não é recomendado e só se justifica em casos especiais. Esse cuidado deve-se ao risco de dependência que tais fármacos oferecem atrelado aos efeitos adversos inerentes e a possibilidade de ocorrência de síndrome de abstinência (NASTASY, 2008). Além disso, o uso desenfreado, sem um acompanhamento médico regular, acaba por gerar um desperdício de recursos direto – pelo gasto com os fármacos- e indiretamente, em razão de internações e manejo dos efeitos adversos. Baseado em tais conceitos e com vistas ao elevado número de pacientes atendidos que fazem uso crônico desses medicamentos, se faz necessário uma intervenção. É um problema com boa possibilidade de resolução e possui, no território da equipe de saúde da ESF Alcino Lázaro, recursos humanos e materiais viáveis para uma ação efetiva.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para reduzir o uso excessivo de benzodiazepínicos (BZD) na população de Entre Rios de Minas adscrita à Unidade de Saúde Alcino Lázaro.

3.2 Objetivos específicos

Atuar na prevenção primária, ou seja, evitar a prescrição indiscriminada de novos BZD.

Iniciar a redução no consumo dos BZD com posterior interrupção nos casos selecionados.

Atuar de forma a impedir que pacientes que interromperam o uso do fármaco por recomendação médica voltem a utilizá-lo.

4 METODOLOGIA

Para a priorização dos problemas e escolha pela maior relevância, foi utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS, 2010). Por meio de uma percepção inicialmente subjetiva, constatou-se uma prevalência elevada de pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos (BZD). Posteriormente, procurou-se obter dados mais concretos do problema, para calcular o percentual de pacientes atendidos que utilizavam tais fármacos. Para isso, as folhas de produção da unidade foram utilizadas e constatou-se que dos 182 pacientes atendidos no mês de julho, 37 (20,3%) faziam uso não indicado de BZD.

Diante desse dado, buscou-se conhecer melhor o perfil de cada usuário. Para isso, ao menos uma consulta direcionada ao tema foi agendada a estes pacientes e àqueles que não se consultavam e apenas tinham suas prescrições renovadas. Na consulta, programou-se entender quando e porque o paciente iniciou o uso do fármaco e se havia algum acompanhamento médico voltado para tal. Avaliou-se, também, a presença de psicoterapia adjuvante e a existência de efeitos adversos. Posteriormente, o mesmo era orientado sobre os riscos implicados no uso contínuo do medicamento e, finalmente, era proposto o desmame da medicação, ou seja, a retirada ou diminuição da dose de forma controlada. Procurou-se realizar a suspensão do fármaco por meio da redução gradativa da dose do benzodiazepínico. Na maioria dos casos, 25% da dose prescrita era reduzida a cada duas semanas e agendava-se retorno após um mês para avaliar as dificuldades do paciente no processo. Para aumentar a adesão, optou-se por um esquema ilustrativo, com desenho dos comprimidos em um receituário médico. De maneira complementar ao tratamento, foram recomendadas atividades físicas, psicoterapia e outros psicotrópicos com menor risco de dependência foram prescritos quando necessário. Os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, clomipramina e imipramina) ou inibidores seletivos da receptação de serotonina (fluoxetina), padronizados no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e disponibilizados em Entre Rios de Minas eram as drogas escolhidas nessas situações (MINAS GERAIS, 2014).

Pautado no princípio da prevenção primária, uma conscientização de toda equipe de saúde foi programada, com orientações sobre a necessidade de se intervir nessa situação. Tal tarefa foi realizada por meio de reuniões periódicas com a equipe de saúde, que, assim, fez parte do projeto de intervenção. Após essa etapa, foi possível definirmos qual o perfil de paciente mais propenso a utilizar benzodiazepínicos e como evitar o início do uso. Nesse sentido, o paciente primeiramente era orientado com medidas não farmacológicas, como higiene do sono e psicoterapia, e ao tratamento das outras condições psicológicas (ansiedade e depressão). As medidas de higiene do sono foram ensinadas às agentes, que, assim, podiam reforça-las periodicamente para os pacientes.

Para a execução de todas essas tarefas, uma revisão da literatura foi feita. Foram buscadas informações consistentes que auxiliaram na conscientização da equipe e pacientes, bem como estratégias para realização do desmame dos BZD. A base de dados Scielo, o portal periódicos CAPES, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas para o tratamento de saúde mental existentes contribuíram para essa atividade. Os seguintes descritores foram utilizados para esse fim: Atenção Primária a Saúde, Saúde Mental, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Ansiolíticos e Uso de Medicamentos.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os primeiros benzodiazepínicos (BZD) surgiram no final da década de 1950 e início dos anos 1960. O clordiazepóxido foi introduzido em 1959 e, logo em seguida, em 1963, o diazepam. Sua segurança e tolerabilidade superiores aos fármacos hipnóticos e ansiolíticos mais antigos, como barbitúricos e o meprobamato, fizeram com que fossem amplamente prescritos ao longo das três décadas seguintes. (SADOCK, 2013)

Atualmente, estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de BZD (NASTASUY, 2008). Eles são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos e um em cada 10 adultos recebem prescrições de BZD a cada ano, a maioria desta feita por clínicos gerais. Souza (2013) ressalta que algumas subpopulações parecem mais vulneráveis ao uso abusivo, como por exemplo, mulheres casadas, fumantes, de baixa renda, com algum transtorno ansioso e com idade média entre 50-71 anos. Ao final da década de 70, todavia, o uso desenfreado desses medicamentos já preocupava os pesquisadores, que detectaram potencial de uso nocivo e risco de dependência entre os usuários (NASTASY, 2008).

5.1 Farmacologia dos BZD

Os BZD são moduladores alostéricos do ácido γ -aminobutírico (GABA), um neurotransmissor inibitório amplamente distribuído pelo organismo (BALDWIN, 2013). Para exercer sua função, esse neurotransmissor deve se ligar a um receptor GABA, que compreende cinco subunidades de glicoproteínas transmembrana organizadas em torno de um canal central de cloreto. Os BZD atuam exatamente nesse receptor, ligando-se a um sítio específico no complexo de membrana. O receptor GABA tem vários outros locais de ligação adicionais, como por exemplo, para barbitúricos, neuroesteróides e, obviamente, para o próprio GABA. Uma vez que o benzodiazepínico está ligado ao seu sítio específico, o receptor GABA tem sua afinidade aumentada por este neurotransmissor. Isso leva a uma maior passagem de cloreto pela membrana, com conseqüente redução da excitabilidade

da célula. Ao contrário dos barbitúricos em altas doses, benzodiazepínicos não mimetizam os efeitos do GABA e, portanto, não ativam canais de cloreto diretamente. Isso explica, em parte, sua maior segurança e tolerabilidade.

Os BZD podem ser divididos em diferentes grupos de acordo com sua estrutura química e propriedades farmacocinéticas. Todos os fármacos da classe, entretanto, possuem um mecanismo de ação comum e efeitos clínicos similares (BALDWIN, 2013). Esse fato fica mais claro com a divisão dos fármacos em cinco grupos conforme suas propriedades farmacológicas: sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes (NASTASY, 2008). Em relação à farmacocinética dos BZD, Sadock (2013) nos mostra que os mesmos possuem absorção completa e penetração rápida no Sistema Nervoso Central (SNC) devido à alta lipossolubilidade. Os fármacos são amplamente distribuídos no tecido adiposo, o que faz com que persistam no organismo mesmo após a interrupção do uso.

Finalmente, vale ressaltar que, com exceção do clorazepato, todos os BZD são completamente absorvidos após sua administração oral e atingem seus níveis séricos em 30 minutos a 2 horas. O diazepam, o clordiazepóxido, o clonazepam, o clorazepato, o flurazepam e o quazepam são caracteristicamente benzodiazepínicos de longa duração, com tempos de meia-vida plasmática de até 200 horas em pessoas cujo metabolismo é lento. Por outro lado, o lorazepam, oxazepam, temazepam, estazolam e alprazolam têm meias-vidas mais curtas, de até 30 horas e o triazolam apresenta a meia-vida mais curta (2 a 3 horas) de todos os BZD orais. Os medicamentos de meia-vida longa necessitam de doses menos frequentes do que os de meia-vida curta, além de possuírem menor variação nas concentrações plasmáticas e sintomas de abstinência menos graves. No entanto, o acúmulo do medicamento, aumento do risco de comprometimento psicomotor diurno e sedação diurna são características mais comuns naqueles do que nestes (SADOCK, 2013).

5.2 Segurança dos BZD

De acordo com Nastasy (2008), os BZD, em geral, são bem tolerados. Entretanto, podem apresentar efeitos adversos, principalmente, nos primeiros dias de uso. Os

principais efeitos envolvem diminuição da cognição, amnésia anterógrada, sedação, aumento do risco de acidentes, tolerância, assim como riscos de abuso e dependência (SOUZA, 2013). Por ser a sonolência o efeito adverso mais comum, acontece em 10% dos pacientes, deve-se orientar os usuários quanto ao risco de dirigir veículos ou utilizar máquinas quando sob o uso do fármaco. Os efeitos cognitivos são dependentes da dose e podem ou não diminuir com o uso contínuo do fármaco. A sedação tende a reduzir ao longo do tempo, ao passo que as falhas de memória persistem. Baldwin (2013) afirma, também, que o uso combinado do medicamento com o álcool pode provocar reações adversas graves, como sonolência acentuada, desinibição e até mesmo depressão respiratória.

Em relação à tolerância, dependência e abstinência, não é comum a ocorrência quando os BZD são usados em doses moderadas e por períodos curtos (uma a duas semanas). Tais efeitos adversos são favorecidos pelo uso concomitante de álcool ou por benzodiazepínicos com propriedades predominantemente anticonvulsivantes ou sedativa (BALDWIN, 2013). Já o surgimento de uma síndrome de abstinência, também denominada síndrome de descontinuação, depende do tempo durante o qual o paciente usou o BZD, da dose utilizada, o ritmo em que a dose do medicamento é reduzida e tempo de meia-vida do composto (SADOCK, 2013). Estima-se que 50% dos pacientes que usam BZD por mais de 12 meses evoluem com síndrome de abstinência. Os sintomas começam progressivamente dentro de três a 10 dias após a retirada dos BZD, de acordo com o tempo de meia-vida e podem ocorrer também após a diminuição da dose. Ansiedade, nervosismo, sudorese, inquietação, irritabilidade, fadiga, sensação de cabeça vazia, tremor, insônia e fraqueza são as manifestações mais comuns. Sintomas mais graves, como depressão, paranoia, *delirium* e convulsões estão associadas a uma interrupção brusca, principalmente dos benzodiazepínicos com meia-vida curta (NASTASY, 2008).

Alguns pacientes também apresentam ataxia e tonturas, o que favorece quedas e fraturas de quadril nos idosos. Essa população também tem maior probabilidade de apresentar efeitos adversos e toxicidade por BZD, entre os quais coma hepático (SADOCK, 2013). Devido a isso, a prescrição para idosos deve ser evitada a todo custo, com prioridade para as medidas não farmacológicas ou medicamentos

antidepressivos com efeito sedativo leve para o tratamento da insônia (CHAIMOWICZ, 2013).

5.3 Retirada de BZD

O uso de benzodiazepínicos por longos períodos não é justificável e só deve ocorrer em situações especiais. Mesmo quando acontece um desconforto inicial durante a retirada do fármaco, foi demonstrado que pacientes que conseguem suspender o uso por pelo menos cinco semanas apresentam diminuição da ansiedade e melhora da qualidade de vida (NASTASY, 2008).

A retirada gradual do medicamento (25% de redução da dose por semana) é a mais adequada para evitar os sintomas de recorrência ou rebote. A monitorização dos sintomas de abstinência e o apoio com assistência de um profissional da psicologia são úteis para que haja uma interrupção bem sucedida dos benzodiazepínicos. Observou-se que a metade inicial da dose a ser retirada tem maior sucesso do que o restante da medicação. É de grande relevância proporcionar planos para reduzir doses prescritas, com imagens, figuras, tabelas e planejamento sistemático do processo (SADOCK, 2013).

A utilização concomitante de doses de 400 a 500 mg por dia de carbamazepina com os BZD mostrou ser útil para a retirada dos fármacos. A associação dos fármacos permite um processo mais rápido e tolerado do que a suspensão gradativa isolada. Da mesma forma, pode-se optar pela troca do benzodiazepínico com tempo de meia-vida curto para outro com meia-vida mais duradoura (diazepam ou clonazepam) para os pacientes que não conseguiram concluir o plano de redução. Assim, é comum haver a substituição do alprazolam por clonazepam, por exemplo, com posterior interrupção bem sucedida do último (SADOCK, 2013). Em idosos, a utilização de antidepressivos com efeito sedativo leve ou moderado, mesmo que o paciente não esteja deprimido, mostrou bons resultados. Nesse sentido, constituem boas opções para essa faixa etária paroxetina, mirtazapina e trazodona (CHAIMOWICZ, 2013).

As medidas não farmacológicas também devem ser implementadas para que haja êxito na retirada do BZD. Nesse sentido, o suporte psicológico deve ser oferecido ao paciente e mantido após a suspensão do fármaco. Como cita Nastasy (2008), é importante que o paciente tenha informações sobre o medicamento e receba apoio para lidar com estresse sem benzodiazepínicos, enfatizando a melhora na qualidade de vida. Em relação à insônia é fundamental que o paciente receba as orientações relativas à higiene do sono. Tais medidas são efetivas e recomendadas tanto para a insônia primária crônica quanto para a insônia secundária. Nesse sentido, Vyas (2013) apresenta uma série de medidas que apresentam bom resultado no tratamento da insônia merecem destaque, tais como: tentar dormir e acordar sempre nos mesmos horários; Usar a cama apenas para dormir, evitando trabalho, computadores ou stress emocional; Colocar a cama em um ambiente confortável, escuro, silencioso e com temperatura agradável; Fazer alguma atividade relaxante uma hora antes de deitar; Fazer atividades físicas regulares, mas não muito próximas da hora de dormir; Evitar álcool, cafeína e nicotina, especialmente horas antes de dormir; Evitar jejum ou refeições pesadas antes de dormir; Evitar relógios próximos a cama e evitar ficar acordado por muito tempo na cama (mais que 20 minutos).

5.4 Medicalização

A medicalização pode ser entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial. O resultado imediato desse processo é o entendimento de que os mais diversos problemas constituem doenças e demandam, portanto, procedimentos médicos. Simultaneamente a esse fenômeno, a atual sociedade enxerga o acesso ao consumo como o responsável para a conquista de bons níveis de bem-estar (BARROS, 2004). Tal fato, associado à corriqueira ausência ou falta de atendimento dos farmacêuticos nas farmácias, dificuldade de acesso às consultas médicas e a outros profissionais de saúde, banaliza a figura do medicamento, que passa a representar uma maneira fácil e mais cômoda de solucionar os problemas de saúde que apresentam um viés social e/ou econômico. O resultado é a hipervalorização do

papel do medicamento e a intensificação da medicalização (LYRA JUNIOR, 2010). Esses fatores justificam, em parte, o consumo excessivo de benzodiazepínicos pela população de Entre Rios de Minas.

Ao compreender-se que a medicalização social transforma em necessidades médicas as vivências e sofrimentos, entende-se porque boa parte da população de Entre Rios de Minas faz uso injustificável dos BZD (TESSER, 2008). A desvalorização da abordagem do modo de vida e dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença, típicos de uma visão biomédica, pode induzir equivocadamente a crença de que os medicamentos constituem a única solução para os problemas. A superação desse problema passa pelo adequado acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS). Segundo Tesser (2008), o acolhimento, por ser uma proposta voltada para melhoria das relações dos serviços de saúde com os usuários, tem seu cerne na escuta e no processamento da demanda em busca de uma resolução. Isso faz com que haja uma tendência à redução da medicalização nas unidades de saúde com acolhimento adequado, uma vez que o ambiente da UBS permite o contato com a cultura popular e técnicas e curadores não científicos, por vezes surpreendentemente eficazes.

Por fim, vale ressaltar alguns dos motivos que geram uso intensivo de ansiolíticos. Muitas vezes, não importa ao médico nem ao paciente que os resultados obtidos com o fármaco sejam meros paliativos das causas de ansiedade. Em algumas situações, esse é inclusive o objetivo principal, em uma vã tentativa do médico e do paciente em camuflar uma situação adversa. Entretanto, o uso dos ansiolíticos não só não soluciona a estrutura que gerou o problema, como também pode causar consequências deletérias ao paciente (BARROS, 2004). Mais uma vez, a situação observada em Entre Rios de Minas assemelha-se com as apontadas pelo autor.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A prevalência elevada de pacientes que utilizam cronicamente BZD foi notada com poucos meses de trabalho. O problema se mostrou relevante quando observei que muitos indivíduos usavam o fármaco por longos períodos e não possuíam qualquer acompanhamento médico.

Nesse sentido, um ponto crítico é a ausência de conscientização de toda equipe de saúde para com a situação e suas consequências, o que determina uma renovação automática e impensada das prescrições dos BZD, sem que o paciente compareça a nova consulta médica. Isso leva a outros dois problemas imediatos: a falta de orientação e compreensão dos pacientes sobre sua condição de saúde e a ausência de acompanhamento psicoterápico. Da mesma forma, como nos mostra Barros (2004) e Tesser (2013), a cultura da medicalização, as condições sociais da população, como baixa renda, os transtornos depressivos e de ansiedade, contribuem enormemente para a perpetuação do uso de BZD.

Por serem pontos cuja atuação em um ano é mais viável e efetiva, foram buscadas formas de conscientizar a equipe de saúde e os pacientes sobre a existência do problema e necessidade de solucioná-lo imediatamente. As duas tabelas que seguem detalham o planejamento dessas ações.

Tabela 1 – Operações sobre o problema “Ausência de conscientização da equipe de saúde” relacionado ao uso abusivo de benzodiazepínicos (BZD) na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Alcino Lázaro, em Entre Rios de Minas, Minas Gerais.

Problema 1	Ausência de conscientização da equipe de saúde sobre o problema
Operação	Reuniões periódicas para elucidar a questão e inserir os agentes de saúde no projeto de intervenção
Projeto	Conscientização da equipe: uso excessivo e sem indicação de BZD constitui um problema de saúde pública

Tabela 1 – Operações sobre o problema “Ausência de conscientização da equipe de saúde” relacionado ao uso abusivo de benzodiazepínicos (BZD) na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Alcino Lázaro, em Entre Rios de Minas, Minas Gerais. (CONTINUAÇÃO)

Resultados esperados	Equipe conscientizada e atuante no projeto de intervenção
Produtos esperados	Redução da renovação automática e acrítica das prescrições de BZD; Equipe de saúde capacitada para orientar a população.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico: conscientizar a equipe sobre o problema e esclarecer dúvidas Gerente do centro de saúde: organizar a agenda para que toda a equipe se reúna Agentes comunitárias de saúde (ACS): colocar em prática as orientações das reuniões
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico adequado na unidade para a realização das reuniões Cognitivo: Capacitação técnica da equipe de saúde sobre o uso abusivo de BZD. Orientação feita por médico responsável pela equipe da Estratégia Saúde da Família
Recursos críticos	Recurso organizacional que envolva a elaboração de uma agenda voltada para a discussão do problema
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gerente do centro de saúde (enfermeira Beatriz) Motivação: Comprometida com a proposta de intervenção
Ação estratégica de motivação	Pelo fato da gerente do centro de saúde ser favorável ao projeto, a comunicação das ações será facilitada. O apoio será importante para motivar toda a equipe de saúde.
Responsáveis:	Médico e a gerente do centro de saúde (enfermeira Beatriz)

Tabela 1 – Operações sobre o problema “Ausência de conscientização da equipe de saúde” relacionado ao uso abusivo de benzodiazepínicos (BZD) na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Alcino Lázaro, em Entre Rios de Minas, Minas Gerais. (CONTINUAÇÃO)

Cronograma / Prazo	<p>Reunião imediata com a equipe para início das atividades (junho 2014). Prazo de duas semanas pós reunião para começar o trabalho;</p> <p>Reuniões semanais com as ACS durante a renovação de receitas;</p> <p>Reunião bimestral com toda equipe para avaliar o projeto</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>Avaliação feita por médico responsável pela equipe após sete meses do início do projeto: as reuniões semanais têm ocorrido conforme planejado, tem-se notado que a renovação das receitas tem diminuído.</p> <p>Entretanto, devido ao excesso de atividades da equipe de saúde e falta de tempo na agenda, ocorreram apenas duas reuniões com toda equipe para avaliação do projeto. O último encontro foi feito em janeiro de 2015 e foi possível constatar que as ACS tem tido sucesso com as orientações sobre a importância da consulta médica e o uso de BZD.</p>

Tabela 2 – Operações sobre o problema “Ausência de conscientização dos pacientes” relacionado ao uso abusivo de benzodiazepínicos (BZD) na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Alcino Lázaro, em Entre Rios de Minas, Minas Gerais.

Problema 2	Ausência de conscientização dos pacientes sobre o problema
Operação	Atendimento aos usuários crônicos de BZD para orientações gerais
Projeto	Abuso de BZD: vamos conversar sobre isso?

Tabela 2 – Operações sobre o problema “Ausência de conscientização dos pacientes” relacionado ao uso abusivo de benzodiazepínicos (BZD) na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Alcino Lázaro, em Entre Rios de Minas, Minas Gerais. (CONTINUAÇÃO)

Resultados esperados	Pacientes orientados sobre os riscos inerentes ao uso crônico de BZD;
Produtos esperados	Pacientes que interrompam o uso ou reduzam a dose consumida dos BZD; Elaboração de panfletos com orientações de higiene do sono que fiquem disponíveis na unidade de saúde e que sejam distribuídos a população adscrita na equipe da ESF Alcino Lázaro pelas ACS.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico: atendimento em consulta ambulatorial agendada dos usuários de BZD e confecção dos panfletos com medidas de higiene do sono ACS: comunicar os pacientes para que agendem a consulta Secretária do posto: agendar as consultas Gerente da unidade: autorização para impressão dos panfletos na unidade
Recursos necessários	Estrutural: Sala para realização das consultas e impressora para confecção dos panfletos. Ambos estão disponíveis. Cognitivo: Conhecimento médico-clínico sobre os efeitos adversos dos BZD, técnicas de desmame e medidas de higiene do sono.
Recurso crítico	Recurso organizacional que envolva a seleção dos pacientes usuários crônicos de BZD e a consequente marcação das consultas
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: secretária e ACS Motivação: Favoráveis
Ação estratégica de motivação	Encontros semanais com as ACS durante a renovação das prescrições para reforçar a necessidade da marcação de consultas.

Tabela 2 – Operações sobre o problema “Ausência de conscientização dos pacientes” relacionado ao uso abusivo de benzodiazepínicos (BZD) na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia de Saúde da Família Alcino Lázaro, em Entre Rios de Minas, Minas Gerais. (CONTINUAÇÃO)

Responsáveis:	Médico e gerente do centro de saúde (enfermeira Beatriz)
Cronograma / Prazo	<p>As consultas agendadas para esse fim deveriam ser iniciadas em duas semanas após início das atividades (junho de 2014). Começaram no prazo previsto.</p> <p>Os panfletos com as medidas de higiene do sono deveriam estar prontos em quatro meses (outubro de 2014), contudo, devido a dificuldades administrativas, até janeiro de 2015 ainda não estavam disponíveis.</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>Avaliação feita por médico responsável após sete meses do início do projeto permitiu constatar que as consultas têm sido agendadas periodicamente e ocorrido conforme o planejado. Nesse período, foram realizadas 71 consultas voltadas exclusivamente para o tema e conseguiu-se que sete pacientes suspendessem por completo o uso do BZD. Desses, dois utilizavam o medicamento para controle de ansiedade e tiveram o fármaco substituído por um antidepressivo tricíclico com bons resultados. Outros 22 pacientes tiveram o processo de desmame do BZD iniciado, de forma que, até janeiro de 2015, nove conseguiram reduzir à metade a dose utilizada previamente. Nesse mesmo período, apenas dois indivíduos iniciaram o uso de um BZD, devidamente orientados sobre os riscos e a importância de não utilizar indefinidamente o medicamento. Além disso, as ACS entenderam o projeto e já orientam o paciente a marcar a consulta antes mesmo que o médico as solicite. Espera-se que essa rotina perdure na unidade de saúde nos próximos anos;</p> <p>Houve um atraso na confecção do panfleto com orientações sobre a higiene do sono, que só ficou pronto em janeiro de 2015. Contudo, o material não foi impresso em quantidades suficientes para toda a população adscrita na equipe da ESF Alcino Lázaro. Espera-se que no próximo mês (fevereiro 2015) o material esteja disponível em quantidade suficiente para todos os usuários adscritos.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção foi construído com objetivo de reduzir o uso de BZD na população de Entre Rios de Minas. O quadro atual se estabeleceu muito em função da facilidade em se prescrever BZD na unidade de saúde, nem sempre com respeito às indicações ou terapias não medicamentosas. Assim, pacientes em condições sociais complexas ou com outros transtornos psiquiátricos, que cursam com insônia, recebiam prescrições de BZD e não eram acompanhados por médico ou orientados por outros profissionais de saúde sobre os riscos desses fármacos. Em contrapartida, a retirada do medicamento é difícil, sendo necessárias paciência e dedicação por parte do médico e do paciente, apoio multiprofissional e acompanhamento frequente.

Nesse sentido, a alta rotatividade dos médicos na UBS e a grande demanda de pacientes para poucos profissionais constituem grandes empecilhos. O Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não conseguiu formas efetivas de fixar o médico na atenção básica, o que dificulta a formação do vínculo entre o profissional e a comunidade, bem como a manutenção do cuidado. Da mesma forma, o atendimento com especialistas e outros profissionais, como psicólogos, é precário. Isso porque no município de Entre Rios de Minas ainda não está constituído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com outros profissionais que possam dar maior sustentação a Estratégia de Saúde da Família, fortalecer a atenção básica e conseqüentemente à assistência em saúde mental. Todos esses fatores, infelizmente, dificultam demasiadamente o trabalho para romper com a cultura da medicalização na comunidade e, por isso, predispõem o uso crônico dos BZD.

Foi constatado que esse quadro de consumo excessivo e sem orientação adequada se arrastava por décadas no município. Tal fato sinalizava que seria praticamente inviável, em um ano de planejamento, acabar com o uso crônico de tais fármacos. Contudo, esperávamos diminuir significativamente o número de usuários. A partir daí, buscou-se criar uma conscientização da população sobre as conseqüências do

uso prolongado e sem necessidade dos BZD. Obviamente, o resultado não era de fácil mensuração, mas ainda assim foi possível obter dados satisfatórios.

Junto às ACS, constatou-se que a população atendida se tornou mais consciente sobre os riscos envolvidos no uso crônico dos BZD. Isso foi possível devido à realização de reuniões periódicas com a equipe, encontros a cada três meses com a enfermeira da equipe de ESF e as três agentes de saúde, além dos encontros semanais com cada agente durante a renovação de receitas. Por mais que muitos indivíduos não conseguissem suspender ou reduzir a dose da medicação, parte considerável dos usuários adscritos ao centro de saúde foi devidamente esclarecida e orientada sobre o tema. Isso gerou na comunidade uma propagação do conhecimento adquirido, reforçado periodicamente pelas ACS. Da mesma forma, a perpetuação do uso de BZD entre pais e filhos, sem uma consulta médica, tende a reduzir. Tornaram-se frequentes os relatos de familiares satisfeitos com a redução do uso de BZD em casa e conscientes dos riscos da automedicação. Igualmente, as ACS mostravam entusiasmo ao constatar que famílias dependentes de BZD se esforçavam para suspender o medicamento e adotar medidas não farmacológicas para controle da insônia e ansiedade. Essas atitudes podem indicar uma mudança de cultura na população, a qual será a grande responsável pela redução significativa do consumo de BZD. Por fim, espera-se que a nova mentalidade e postura perdurem entre os integrantes da equipe de saúde para que possam continuamente orientar a população. Todos esses fatores serão determinantes para que, no futuro, ocorra o uso racional, não apenas de BZD, mas de medicamentos em Entre Rios de Minas.

REFERÊNCIAS

BALDWIN, D. S.; AITCHISON, K.; BATESON, A.; CURRAN, H. V.; DAVIES, S.; LEONARD, B.; NUTT, D. J.; STEPHENS, D. N.; WILSON, S. **Benzodiazepines: Risks and benefits. A reconsideration.** Southampton: Journal Of Psychopharmacology 27(11) 967-971. 2013

BARROS, J. A. C. de. **Políticas Farmacêuticas: A serviço dos interesses da saúde?** , Brasília, UNESCO, Agosto 2004

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2006. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **D.O.U. de 9.4.2001**, p.2, Brasília, Abril 2001

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, 2013. 176 p. : il. (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 34)

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos; **Planejamento Estratégico Situacional.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010, 13p

CHAIMOWICZ, F.; *et al.* **Saúde do idoso**, 2ª edição, Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010.**

LYRA JUNIOR, D. P. de; *et al.* **Influência da propaganda na utilização de medicamentos em um grupo de idosos atendidos em uma unidade básica de saúde em Aracaju (SE, Brasil)**, Rio de Janeiro, Ciência e Saúde Coletiva, vol.15, supl.3, 2010

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1819, de 16 de abril de 2014. Altera Anexos I, II, III e IV da Deliberação CIBSUS/MG nº 1.610, de 16 de outubro de 2013, que aprova o financiamento do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) composto por medicamentos e insumos a serem utilizados na Atenção Primária em Saúde. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201819%20-%20SAF%20-%20%C3%A1cido%20f%C3%B3lico.pdf>. Acesso em 5 de fevereiro de 2015.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. **Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos**; Projeto Diretrizes – AMB e CFM (13 Fev. 2008)

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; SUSSMAN, N. **Manual de Farmacologia Psiquiátrica de Kaplan & Sadock**, 5ª Edição, 2013

SOUZA, A. R. L. de; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. **Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres**. São Paulo: Ciência & Saúde Coletiva 18(4): 1131-1140, 2013

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família**, 2008

VYAS, U. K. **Non-Pharmacological Management Of Insomnia**. 6(3):a623 BJMP 2013

APÊNDICE A – Panfleto sobre medidas de higiene do sono

 DORMINDO MELHOR 	
 <p>• Tente dormir e acordar sempre nos mesmos horários</p> <p><small>Ilustração de Josana S. Camilo Lapa</small></p>	 <p>• Use a cama apenas para dormir e evite trabalho, televisão ou stress.</p>
<p>• Coloque a cama em um ambiente confortável, escuro, silencioso e com temperatura agradável.</p>	 <p>• Evite ficar acordado por muito tempo na cama (mais que 20 minutos)</p>
 <p>• Pratique atividades físicas regularmente</p>	 <p>• Evite álcool, cafeína e nicotina, especialmente horas antes de dormir.</p>
 <p>• Faça alguma atividade relaxante uma hora antes de deitar.</p>	 <p>• Evite cochilar durante o dia.</p>
 <p>• Evite relógios próximos da cama.</p>	

