

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NATÁLIA BRAGA PEDROSA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: uso abusivo de benzodiazepínicos
na prática clínica no município de Piau - Minas Gerais**

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

2015

NATÁLIA BRAGA PEDROSA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: uso abusivo de benzodiazepínicos
na prática clínica no município de Piau - Minas Gerais**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas,
para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Costa da Silva Lopes

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

2015

NATÁLIA BRAGA PEDROSA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: uso abusivo de benzodiazepínicos
na prática clínica no município de Piau - Minas Gerais**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Maria Costa da Silva Lopes - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 30/08/2015

AGRADECIMENTOS

Ao senhor meu Deus, pela força nos momentos de fraqueza, pela vontade de continuar quando tudo apontava para o fim.

À minha Equipe de Saúde da Família e aos gestores municipais que me apoiaram durante todo o desenvolvimento do trabalho e o ano em que atuei no município.

Aos meus pais e a minha irmã pela força, pela paciência e colaboração.

A minha orientadora, pelo apoio e paciência.

Ao meu supervisor do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) pelos ensinamentos, profissionalismo e pela generosidade no decorrer desse ano.

RESUMO

Os benzodiazepínicos estão entre os fármacos mais prescritos no mundo para o tratamento de transtornos mentais. O uso indiscriminado e abusivo desses medicamentos pela população tem sido documentado na literatura por pesquisadores e profissionais de saúde uma vez que apresentam eventos adversos, entre eles, a dependência. Após a análise situacional realizada com a equipe de saúde da família, por meio da estimativa rápida, constatou-se que um dos problemas de maior prioridade foi o elevado consumo de benzodiazepínicos no município de Piau-MG. A falta de orientação da população, as renovações de receitas sem a possibilidade de controle adequado por parte dos médicos e a ausência de dispensação da medicação são as principais causas destacadas pela Equipe de Saúde da Família (EFS) local para justificar o uso abusivo dessa medicação por parte da população. Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção sobre o uso abusivo de benzodiazepínicos na prática clínica no município de Piau-MG, visando controlar o uso dessa medicação no município. Para tanto foi realizado uma revisão bibliográfica sobre o tema para buscar as evidências já existentes e assim subsidiar a elaboração do projeto de intervenção. A elaboração da proposta de intervenção foi feita através do método estratégico situacional simples, com a elaboração de diagnóstico por meio de estimativa rápida. A partir da observação da população, foi elaborado um projeto de intervenção que visa reduzir o uso de benzodiazepínicos no município. Esperamos que, a partir da implantação do projeto obter uma melhor conscientização da população quanto ao uso dessa medicação e os males que a mesma pode causar, bem como um melhor controle por parte dos médicos que as prescrevem esses psicofármacos e assim, reduzir o uso indiscriminado por parte da população.

Palavras Chave: Psicofármacos. Estratégia de Saúde da Família. Benzodiazepínicos.

ABSTRACT

Benzodiazepines are among the most prescribed drugs in the world for the treatment of mental disorders. The indiscriminate and excessive use of these drugs by the population has been documented in the literature by researchers and health professionals as they present adverse events, including the dependence. After the situational analysis with the family health team through the flash estimate in Piauí-MG. The lack of orientation population and renewals of recipes without possibility of proper control on the part of the doctor and absent of withdrawal of medications by doctors are the main cause highlighted by the family health team to justify the abuse of these medications. On the scene found in the city and after the team consensus was defined as a priority the implementation of an action plan to approach the excess use of benzodiazepines by population. The elaboration of the proposed intervention was made through the strategic situational method simple with elaboration of diagnosis by means of rapid assessment. From observation of population was prepared a project what aims to decrease the use of benzodiazepines the municipality. We hope through this project obtain a better awareness of the population regarding the evils that it can cause, as well as better control on the part of the doctors who prescribe them, to reduce their use.

Keywords: Psychotropics. Family Health Strategy. Benzodiazepines.

Lista de ilustrações

| | | |
|-------------------|--|----|
| Quadro 1- | População Total, por Gênero, Rural/Urba e Taxa de Urbanização - Piau – MG..... | 12 |
| Quadro 2 - | População segundo sexo e a faixa etária no Município de Piau-MG..... | 13 |
| Quadro 3- | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Piau – MG..... | 14 |
| Quadro 4- | Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico realizado pela ESF..... | 25 |
| Quadro 5- | Quantidade de benzodiazepínicos entregues pela farmácia municipal de Piau- MG no mês de dezembro nos últimos 5 anos..... | 25 |
| Quadro 6- | Operações para os nós críticos..... | 30 |
| Quadro 7- | Recursos críticos para o desenvolvimento das operações..... | 32 |
| Quadro 8- | Propostas de ação para motivação..... | 33 |
| Quadro 9- | Plano Operativo..... | 34 |
| Quadro10- | Planilha para acompanhamento de projetos..... | 36 |

SUMÁRIO

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 1.1 | Identificação do município..... | 10 |
| 1.2 | Histórico de criação do município..... | 11 |
| 1.3 | Descrição do município..... | 11 |
| 1.4 | Aspectos Demográficos..... | 11 |
| 1.5 | Aspectos socioeconômicos..... | 13 |
| 1.6 | Índice de desenvolvimento humano..... | 14 |
| 1.7 | Educação..... | 14 |
| 1.8 | Saneamento básico..... | 15 |
| 1.9- | Sistema Municipal de saúde e recursos de saúde..... | 16 |
| 1.10 | Estratégia de Saúde da família (ESF)..... | 17 |
| 2 | JUSTIFICATIVA..... | 18 |
| 3 | OBJETIVO..... | 19 |
| 4 | METODOLOGIA..... | 20 |
| 5 | REVISÃO BIBLIOGRAFICA..... | 21 |
| 6 | PROJETO DE INTERVENÇÃO..... | 24 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 38 |
| | REFERENCIAS..... | 39 |

1-INTRODUÇÃO

A ansiedade se caracteriza por em estado emocional angustiante, associado a alterações somáticas de tensão. Os ansiolíticos são drogas capazes de atuarem sobre a ansiedade e tensão, tranquilizando pessoas estressadas e ansiosas, atuam na indução do sono, diminuição do tônus muscular e da coordenação, sendo muito utilizados na prática clínica. Apesar de serem medicamentos com eficácia no tratamento de algumas patologias, é uma droga que seu uso prolongado pode causar tolerância, abstinência e dependência (FORSAN, 2010).

O uso crônico de benzodiazepínicos pode em alguns casos dificultar o processo de aprendizado e memória, além de prejudicar funções psicomotoras (ORLANDI, *et al.*, 2005). Produzem efeitos tóxicos se misturados ao álcool, podendo até levar ao coma (FORSAN, 2010). Além do fato, de serem comuns os casos de tentativa de autoextermínio com uso de benzodiazepínicos, apesar de até o presente momento, não ter sido notificado nenhum caso no município.

Para tratamento da insônia, o uso de benzodiazepínicos (BZD) deve ser por curto período, inferior a duas semanas, segundo o *Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) Guideline (2000)*. Em se tratando da ansiedade, não se deve utilizar BZD por mais de seis semanas. O uso por um período de seis semanas a seis meses pode gerar dependência e tolerância (GUIDELIN, 2000).

Os BZD's são utilizados como coadjuvantes do tratamento de depressão, apenas quando existe manifestação de ansiedade acentuada ou inexistente agressividade predominante. Utilizados monoterapeuticamente podem precipitar suicídio (FIRMINO, 2008).

O uso crônico de BZD provoca o desenvolvimento de tolerância, o que conseqüentemente leva à necessidade de se aumentar a dose ao longo do tempo, tornando maior o risco de superdosagem (FIRMINO, 2008). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso racional de medicamento ocorre quando o paciente recebe a substância adequada, em doses adequadas, por período de tempo adequado a suas necessidades clínicas (FIRMINO, 2008).

O problema de cronicidade no uso da medicação e seu uso indevido parecem envolver além dos usuários, os médicos que prescrevem, ou aqueles que renovam as receitas sem saber o motivo do uso da medicação e até mesmo os farmacêuticos.

Tal fato pode estar ocorrendo por diversos motivos, podemos citar como uma grande causa a má indicação clínica, onde essas medicações são prescritas apenas com a finalidade de indução do sono, ou a dificuldade de retirar a medicação, por parte dos pacientes, que já se julgam dependentes delas. Geralmente ocorre até mesmo a falta de conscientização do médico e do paciente e a desinformação do mesmo sobre os males que o excesso dessa droga pode causar, facilitando a cronificação do seu uso, estando os pacientes expostos ao risco do uso indevido da mesma.

Outro motivo que pode ser destacado é a renovação inadequada de receitas pelos médicos, que muitas das vezes, apenas renova a receita da medicação prescrita por outro médico, sem saber as indicações do tratamento e o tempo de uso da medicação. Podemos destacar também, a dificuldade de entendimento do paciente, quanto ao começo e fim do tratamento, por falta de orientação adequada do médico e até mesmo do farmacêutico.

O uso indevido da medicação por tempo prolongado gera uma dependência química no paciente, essa cronicidade do seu uso proporciona um maior risco de alterar funções neurológicas, o que fará com que o paciente necessite de cuidados especiais e aumente assim as despesas para o sistema de saúde do município.

1.1 Identificação do município

Piau é um município brasileiro localizado zona da mata mineira. Está situado a aproximadamente 40 Km de Juiz de fora e a aproximadamente 260 Km da capital mineira, Belo Horizonte. A população é de 2.816 habitantes segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2014.

1.2 Histórico de criação do município

O Distrito de Piau foi desmembrado do município de Barbacena pela lei n. 202 de 1 de abril de 1841, e anexado ao de São Manuel do Rio Pomba. Em 1847 pela lei n. 334 desmembrou dos distritos do Piau e Município do Rio Pomba. A Lei n. 1.600 de 1868 passou o distrito de Piau, do Paraibuna (Juiz de Fora) para o município de São João Nepomuceno. Pela lei n. 1644 de 1870 passou a pertencer a Rio Novo. A base da economia era o café, através da mão de obra escrava, depois substituída pelos emigrantes italianos, sendo o Piau um dos primeiros lugares a recebê-los. Segundo os dados do Recenseamento Geral de 1950, era de 4.358 habitantes a população do município. A Emancipação de Piau deu-se por força da Lei n. 1.039 de 12 de dezembro de 1953, por ato do Exmo. Sr. Dr. Juscelino Kubitschek de Oliveira, com o território desmembrado do Município de Rio Novo, após memorável luta pacífica e ordeira. Esta data marca o momento solene da emancipação político-administrativo, onde todos se unem em torno de um ideal de trabalhar pela grandeza do município que começa a ter vida própria.

1.3 Descrição do município

O município é pequeno, mas rico em belezas naturais. O principal atrativo da cidade são as belas paisagens, a Igreja, casas e fazendas antigas, e a tradicional festa da Banana (criada em 1984) que ocorre anualmente na segunda semana de julho.

Aproximadamente metade da população reside em zona rural e a principal fonte de renda do município é a agricultura e pecuária, com destaque para o cultivo de bananas, que deixou a cidade conhecida como cidade da banana.

1.4 Aspectos Demográficos

Segundo dados fornecidos pela secretaria de saúde do município, município ocupa uma área total de 191,4 km² com uma densidade demográfica de 14,78 habitantes/km². Apresenta 967 famílias, sendo essas distribuídas entre residentes da zona rural (41,22%) e zona urbana (58,78%). Entre 2000 e 2010, a população de Piau teve uma taxa média de crescimento anual de -0,57%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de -0,05%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram

de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 21,26%. O quadro a seguir mostra a população total, por gênero, distribuição rural e urbana e taxa de urbanização de 1991, 2001 e 2010.

Quadro 1- População Total, por Gênero, Rural/Urbana e Taxa de Urbanização no município de Piau – MG.

| População | População (1991) | % do Total (1991) | População (2000) | % do Total (2000) | População (2010) | % do Total (2010) |
|-------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| População total | 3.022 | 100,00 | 3.008 | 100,00 | 2.841 | 100,00 |
| População residente masculina | 1.643 | 54,37 | 1.624 | 53,99 | 1.490 | 52,45 |
| População residente feminina | 1.379 | 45,63 | 1.384 | 46,01 | 1.351 | 47,55 |
| População urbana | 1.465 | 48,48 | 1.672 | 55,59 | 1.670 | 58,78 |
| População rural | 1.557 | 51,52 | 1.336 | 44,41 | 1.171 | 41,22 |
| Taxa de Urbanização | - | 48,48 | - | 55,59 | - | 58,78 |

Fonte: Pnud, Ipea e Fundação Joao pinheiro (FJP)- 2013

O quadro 2 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2014 no município

Quadro 2 - População segundo sexo e a faixa etária no Município de Piau-MG:

| Faixas etárias | Homem | Mulher | Total |
|-----------------------|--------------|---------------|--------------|
| 0-4 | 79 | 80 | 159 |
| 5-9 | 78 | 86 | 164 |
| 10-14 | 110 | 89 | 199 |
| 15-19 | 132 | 97 | 229 |
| 20-29 | 193 | 182 | 375 |
| 30-39 | 215 | 191 | 406 |
| 40-49 | 231 | 198 | 429 |
| 50-59 | 193 | 160 | 353 |
| 60-69 | 119 | 133 | 252 |
| 70-79 | 89 | 87 | 176 |
| +80 | 40 | 34 | 74 |

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria municipal de saúde de Piau em outubro de 2014.

Podemos destacar que os jovens (10 a 19) correspondem a uma parcela relevante da população, cerca de 15,2% da população total. E a população dos idosos acima de 60 anos corresponde a 17,83% da população.

1.5 Aspectos socioeconômicos

A renda *per capita* por domicílio estimada em 2010 foi de R\$ 446,12. O produto interno bruto PIB era de 41.153,71 estimado em 2011. A economia esta baseada em três setores de atividades: agropecuária (setor primário) - 27%, indústrias (setor secundário)- 30% e serviços (setor terciário) – 41%. O principal produto produzido na cidade é a banana.

As fontes de recursos financeiros para a saúde são: Fundo de Participação Municipal (FPM); Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN); PAB Fixo (Piso de Atenção Básica); Programa Saúde da Família (PSF); Epidemiologia Controle de Doença e Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

1.6 Índice de desenvolvimento humano

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Piau era de 0,629, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,146).

O quadro abaixo apresenta os componentes do Índice de Desenvolvimento Humano no município de Piau-MG

Quadro 3 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes. Piau – MG

| IDHM e componentes | 1991 | 2000 | 2010 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| IDHM Educação | 0,138 | 0,321 | 0,467 |
| % de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo | 9,93 | 19,18 | 28,95 |
| % de 5 a 6 anos na escola | 13,21 | 41,74 | 91,78 |
| % de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental ou com fundamental completo | 30,91 | 26,98 | 85,12 |
| % de 15 a 17 anos com fundamental completo | 13,07 | 42,57 | 39,67 |
| % de 18 a 20 anos com médio completo | 8,08 | 55,28 | 20,70 |
| DHM Longevidade | 0,718 | 0,776 | 0,824 |
| Esperança de vida ao nascer (em anos) | 68,05 | 71,58 | 74,42 |
| IDHM Renda | 0,539 | 0,552 | 0,647 |
| Renda per capita | 228,74 | 247,66 | 449,68 |

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2013

1.7 Educação

O município possui duas escolas atuando, uma estadual e uma municipal, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é um índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, podendo variar de 0 a 10, o IDEB nacional em 2011 para alunos de 4° série/5°ano foi de 4,7, sendo notada uma taxa crescente visto que, em 2005 era de 3,4. A taxa de analfabetismo na população maior de 15 anos é de 14,9%.

A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação.

No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 119,89% e no de período 1991 e 2000, 215,97%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 215,49% entre 2000 e 2010 e -12,71% entre 1991 e 2000.

A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu -6,81% no período de 2000 a 2010 e 225,71% no período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu -62,55% entre 2000 e 2010 e 584,16% entre 1991 e 2000. Estes dados foram obtidos através do relatório de gestão do secretário de educação juntamente com secretário de saúde da cidade de Piau-MG.

1.8 Saneamento básico

A prestação de serviço de abastecimento de água é efetuada pela prefeitura, que dispõe de sistema de captação, tratamento e distribuição de água, atendendo 100% da população urbana. Assim como o serviço de abastecimento de água, a prestação do serviço de esgotamento sanitário também é realizada pela prefeitura, entretanto não há cadastro da rede e demais estruturas. Com relação ao tratamento dos esgotos sanitários, aproximadamente 3,5% dos domicílios tem solução individual destinado ao esgoto em fossa séptica.

Nas zonas urbana e rural contam com coleta de lixo que ocorre de duas a três vezes por semana. Os resíduos são direcionados a usinas de triagem e compostagem, localizada no município de Rio Novo. A Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES) é a responsável por efetuar a coleta de resíduos provenientes dos serviços de saúde. Os resíduos de construção civil são coletados e direcionados á manutenção de estradas vicinais.

Não há órgão específico que cuida do sistema de drenagem que praticamente se confunde com a rede de esgotamento.

1.9 Sistema Municipal de Saúde e recursos de saúde

A maior parte da população do município é completamente dependente do Sistema Único de Saúde (SUS). Para prestar assistência o município conta com duas Unidades Básicas de Saúde. O Centro Municipal de Saúde Dr. Waltencyr de Castro (zona urbana) funcionando de segunda a sexta de 6:00 às 22:00 horas, e aos sábados e domingos de 7:00 às 16:00 horas e a Unidade Basica de Saúde Juvenal Honorio (zona rural) funciona de segunda a sexta de 7:00 às 16:00horas.

No centro de saúde urbano são realizados atendimentos de demanda espontânea, atendendo as necessidades agudas do pacientes, atendimentos de urgências e primeiros socorros e funciona também os atendimento do programa de saúde da família. A unidade conta com 2 médicos, atendendo com carga horária semanal de 12 horas cada, dois cirurgiões dentistas trabalhando com 20 horas cada, 2 auxiliares de saúde bucal 36 horas, 2 enfermeiras trabalhando 36 horas, 2 recepcionistas 36 horas, 4 tecnicas de enfermagem 36 horas e 4 auxiliares de enfermagem.

Possui também uma equipe de saúde da familia atuando em conjunto com a equipe da unidade basica nesta unidade.

No centro da zona rural, contam com uma técnica de enfermagem com carga horaria de 36h semanas e um médico que faz atendimento uma vez na semana, de 8 as 11 horas.

O município possui duas ambulâncias na unidade do centro e uma na unidade rural disponivel 24 para eventuais necessidades. Para transporte de pacientes que precisam de atendimento agendado com especialistas em outro municipio ou tratamento especializado dispõe de um onibus para tratamento fora do domicilio (TFD) e 2 carros de transporte de pessoas.

O municipio conta também com o centro de fisioterapia Antonio Tobias Zambeli, que funciona diraimanete de 8:00 às 13:00 horas e atende a demanda programada e Temos também em funcionamento a Rede de Farmácia de Minas.

No município não existe hospital, clínicas privadas, nem laboratórios, mas conta com serviços de laboratórios e especialidades através de convênios com a Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé de Serra (ACISPES) em Juiz de Fora, que

é um consórcio de municípios que tem como foco em atendimento de especialidades, com realização de consultas e exames de media complexidade. Os atendimentos de urgência que necessitam de internação ou de um suporte maior têm a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) como referência para casos mais complexos. Desde o início de 2014, contamos com o serviços do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), com uma ambulância básica situada no município de Goiana - MG e uma ambulância com suporte avançado em Juiz de Fora - MG, que prestam serviço no município.

1.10 Estratégia de Saúde da família (ESF)

Possui uma equipe de ESF, implantada em 2008. Não possui uma unidade própria, sendo suas atividades realizadas dentro do centro municipal de Saúde Dr. Waltencyr de Castro, e em algumas ocasiões as atividades são realizadas na Unidade Móvel de uso da equipe.

A equipe é composta por duas médicas, sendo uma bolsista do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) iniciada em 2014, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de saúde bucal e seis agente comunitarias de saúde, todas com carga horaria de 40 horas, sendo a médica provabiana trabalha 32 horas na unidade e 8 horas dedicadas para atividades de especialização em saúde da família.

Na prática diária do Program Saúde da Família (PSF) um dos problemas levantados é o uso abusivo ou inadequado de benzodiazépinicos. Nesse sentido, esse trabalho visa construir um projeto de intervenção para modificar tal situação e promover a melhoria das condições de saúde da população assistida.

2 JUSTIFICATIVA

Para Carlini *et al.*, (2002) o uso indevido de drogas tem sido tratado, na atualidade, como um grave problema de saúde no cenário internacional, mobilizando nações em todo o mundo. Seus efeitos negativos têm contribuído para o aumento dos gastos com tratamento médico e hospitalização. O Brasil reconhece que a solução desse problema exige ação conjunta e corresponsabilidades, incluindo esforços do governo federal, dos estados, municípios, comunidades, famílias, entre outros. Esses esforços devem ser conduzidos para o conhecimento dos problemas do uso indevido de drogas, incluindo os psicofármacos.

No contexto da atenção primária à saúde, um dos grandes desafios a ser enfrentado pelos governos municipais é a saúde mental. Atualmente o que se propõe é a reinserção do indivíduo na sociedade e na família e o uso consciente dos psicotrópicos, especialmente os benzodiazepínicos (SILVEIRA, 2009).

Segundo Bordi (2012), o aumento de consumo dos benzodiazepínicos é devido ao aumento da incidência de transtornos psiquiátricos, a introdução de novos psicofármacos, às novas terapias, a automedicação em, muitas vezes, a medicalização de qualquer sofrimento mental. No cotidiano, da unidade Básica de Saúde, se destacam algumas doenças, dentre elas estão a ansiedade, depressão, nervosismo e insônia. A maioria dos usuários com essas doenças são do sexo feminino, e em geral é o médico generalista que inicia a prescrição, assim como acontece no município de Piau.

Tal problema é vivenciado no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família o que mostra a necessidade de planejamento de ações estratégicas para o seu enfrentamento.

Esse trabalho se justifica pela grande quantidade de pacientes que faz uso de psicotrópicos por um período prolongado, em especial os benzodiazepínicos, no município de Piau. Para caracterizar o problema, identificar as falhas na prescrição, na manutenção e retirada do medicamento, para assim tentar reduzir seu uso e conseqüentemente reduzir seus males.

3- OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção sobre o uso abusivo de benzodiazepínicos na prática clínica no município de Piau-MG, visando controlar o uso dessa medicação no município.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do projeto de intervenção foram seguidas as seguintes etapas:

- A elaboração do diagnóstico situacional utilizando o método estratégico situacional simples, meio de estimativa rápida, através da observação da população do município de Piau-MG.
- Levantamento junto à farmácia do município da distribuição dos benzodiazepínicos.
- Revisão bibliográfica para levantar as evidências já existentes sobre o problema a ser trabalhado no projeto de intervenção.

A busca das publicações foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos seguintes descritores:

Benzodiazepínicos.

Psicofármacos

Estratégia saúde da família.

5- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os Benzodiazepínicos (BDZ) são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60 (ORLANDI; NOTO, 2005) e após sua comercialização, os benzodiazepínicos rapidamente tornaram-se os mais utilizados entre os psicofármacos com propriedades sedativas. Isso ocorreu em razão da comprovação de sua efetividade como resultado de ensaios clínicos, no tratamento da ansiedade aguda e insônia, e do menor potencial de causar dependência entre os seus usuários (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000). Posteriormente, passou-se a observar os primeiros casos do uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância, de síndrome de abstinência e de dependência pelos usuários crônicos de BDZ. Tais evidências modificaram a sua trajetória terapêutica, resultando na restrição do seu uso a partir da década de 80. Nos Estados Unidos, o uso desses medicamentos pela população atingia cerca de 11,1% em 1979, diminuindo para 8,3%, em 1990 (OLIVIER; FITZGERALD; BABIAK, 1998 apud ORLANDI; NOTO, 2005).

O uso prolongado de BDZ, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. A possibilidade de desenvolvimento de dependência deve sempre ser considerada, principalmente na em mulheres idosas. Também é observada overdose de BDZ entre as tentativas de suicídio, associados ou não a outras substâncias (FRASER, 1998). Diante disso, órgãos internacionais têm alertado sobre o uso indiscriminado e o controle ineficaz de medicamentos psicotrópicos e no Brasil, esse alerta foi reforçado por estudos das décadas de 80 e 90 que mostraram uma grave realidade relacionada ao uso de Benzodiazepínicos (NOTO *et al.*, 2002). Esses autores realizaram em 1999, estudo em dois municípios brasileiros, no qual foram analisadas 108.215 notificações e receitas especiais retidas em farmácias, drogarias, postos de saúde, hospitais. Esse estudo apontou falhas no preenchimento das notificações e receitas especiais e, inclusive, indícios de falsificações das prescrições. Essa realidade indicou a necessidade de uma revisão no sistema de prescrição, distribuição e controle dessas substâncias.

Segundo Huf; Lopes; Rozenfeld (2000), os principais tratados de farmacologia não trazem recomendações específicas sobre a duração do tratamento com benzodiazepínicos, no entanto, o uso em doses terapêuticas diárias por mais de quatro meses constituem fatores de risco para o aumento de toxicidade e desenvolvimento de dependência.

Apesar disso, Ferreira *et al.*, (2014) afirmam que é recomendável o uso desses medicamentos por algumas semanas, devido ao seu autoperigo de causar dependência. Entretanto, é frequente a utilização desses psicofármacos por meses ou até anos o que eleva o potencial de efeitos colaterais. Em idosos podem provocar déficit de atividade cognitiva quedas, fraturas, confusão e prejuízos da memória, com o uso dessa classe medicamentosa.

O estudo descrito por esses autores indica que os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais prescritos a idosos e mulheres, com queixas, principalmente de insônia (FERREIRA *et al.*, 2014). Assim, o sexo feminino e o aumento da idade são fatores de risco já bem estabelecidos para o uso de benzodiazepínicos (SANTOS; SILVA; ANDRADE, 2014). Em relação às características sociodemográficas, os baixos níveis de renda e de escolaridade têm sido associados ao uso prolongado de benzodiazepínicos.

Do ponto de vista epidemiológico a Secretaria Nacional Antidrogas realizou o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Resultados apontam porcentagens diferentes nas cinco regiões do país. Desse modo, apenas 0,5 dos entrevistados do Norte contra 4,2% no Sul já fizeram uso na vida desses medicamentos. Evidencia-se nesse estudo que as mulheres usam mais os ansiolíticos, chegando a cerca de quatro vezes mais que os homens em algumas regiões do país. A dependência de benzodiazepínicos aparece no Nordeste com 2,3%, e, no Sudeste, com 0,8%, sendo também superior nas mulheres. A esse respeito, a pesquisa mostra a predominância do sexo feminino (58,6%) em relação ao masculino (41,4%) no uso prolongado desses medicamentos (CARLINI *et al.*, 2002).

Segundo as pesquisas realizadas, a falta de informação parece contribuir com a cronificação do uso de benzodiazepínicos, ao passo do desconhecimento do

usuário. Em pesquisa realizada na Áustria, foram entrevistados pacientes usuários de benzodiazepínicos. Destes, apenas 2% consideraram suficientes as informações prestadas pelos médicos ao passo que 66% negam ter recebidos informações (LENHART, 2001).

As falhas no processo de dispensação de benzodiazepínicos são confirmadas em outras pesquisas de cunho nacional (NOTO, 2002). Todavia, durante a entrevista, os usuários negam estratégias ilegais para aquisição da medicação em drogarias.

Quanto à classe médica, confirma a prescrição médica como fator de grande importância na manutenção do uso crônico de benzodiazepínicos. Também em outros países, observaram-se prescrições médicas indiscriminadas. Em estudo domiciliar realizado na China, de 3.000 famílias consultadas, foram encontrados 107 dependentes de benzodiazepínicos, destes, 91,6% adquiriram esta medicação através de prescrição médica (YANMEL, 1996).

No Brasil, a baixa percepção de risco pela população associado à inegável eficácia da medicação, justifica tamanha popularidade dos benzodiazepínicos entre médicos e a população leiga (BERNICK, 1999).

Apesar da segurança estabelecida no que tange a utilização de benzodiazepínicos, observa-se na literatura a recomendação preferencial de outras intervenções que não a utilização de benzodiazepínicos para tratamento sintomático de transtorno ansioso e de insônia. Recomenda-se a realização de psicoterapia ou a utilização de ambos (LARANJEIRA, 2001).

Pelo exposto, justifica-se a necessidade de melhorias de conscientização do profissional médico, bem como na garantia das informações prestadas ao usuário. Ainda é necessário que todas as medidas de promoção à saúde sejam de conhecimento multidisciplinar já que toda equipe pode auxiliar o usuário na prestação de informações e esclarecimentos.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Plano de Ação

Primeiro passo: Identificação e descrição o problema

Ao realizar um diagnóstico situacional simples, junto com minha equipe, através de uma estimativa rápida, caracterizamos como um grande problema encontrado na população onde atua nossa equipe de saúde da família (ESF) é o uso excessivo de psicotrópicos, principalmente os benzodiazepínicos. Não é possível ainda identificar em exato quantos pessoas fazem uso, nem a quantidade usada, mas já deu pra notar através da observação ativa da área o excesso do consumo dessa droga no local. Esse Fato foi notado durante meu pouco tempo de atuação no município através dos grupos mensais realizados em cada microárea, grupo os quais o foco principal seria controle de diabéticos e hipertensos, e uma grande maioria quer renovar uma receita controlada, ou até mesmo querem aumentar a quantidade utilizada, pois julga que a mesma não está sendo suficiente, e principalmente foi observado no dia a dia de atendimento, onde é relatado pelo próprio paciente ou através do prontuário o uso da medicação.

A partir do mesmo diagnóstico situacional, estabelecemos outros problemas também de relevância, porem depois de discussão de toda equipe, caracterizamos que o uso excessivo de psicotrópicos é o que chama mais atenção no momento.

Segundo passo: Priorização do problema

Quadro 4 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico realizado pela ESF

| PRINCIPAIS PROBLEMAS | IMPORTÂNCIA | URGÊNCIA* | CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO | seleção |
|--|-------------|-----------|-----------------------------|---------|
| USO DE PSICOTRÓPICOS | ALTA | 7 | PARCIAL | 1 |
| RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO | ALTA | 6 | PARCIAL | 2 |
| DIFICULDADE DE ADESÃO AO USO DE INSULINA NO TRATAMENTO DA DIABETES | ALTA | 6 | PARCIAL | 3 |
| GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA | ALTA | 5 | FRACA | 4 |
| ALTA INCIDÊNCIA DE DIARREIA | ALTA | 5 | FRACA | 5 |

Quadro criado pela Equipe de saúde da família na escolha do problema a ser enfrentado

Realizamos nossa seleção com base no número de pontos atribuídos nos critérios anteriores. Em reuniões com a equipe definiu-se o uso e ou abuso de benzodiazepínicos como problema prioritário.

Em meu município de atuação este é um problema que vem de muito tempo e pelo que pude observar, que se agrava a cada ano, tornando este um problema que necessita de uma atenção especial por parte da equipe. Também com dados fornecidos pela farmácia local, de onde sai à maioria das medicações usadas pelos moradores de Piau-MG, o aumento na quantidade de medicação se confirma pela quantidade saída de comprimidos que é cada vez maior a cada ano. O quadro abaixo mostra a quantidade de comprimidos que saiu da farmácia no mês de dezembro dos últimos cinco anos, dados fornecidos pela farmácia local.

Quadro 5 - Quantidade de benzodiazepínicos entregues pela farmácia municipal de Piau- MG no mês de dezembro nos últimos 5 anos:

| Medicação | Número de comprimidos em 2010 | Número de comprimidos em 2011 | Número de comprimidos em 2012 | Número de comprimidos em 2013 | Número de comprimidos em 2014 |
|-----------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------|------|------|------|------|------|
| Clonazepam 2mg | 2250 | 2980 | 3155 | 3430 | 4050 |
| Diazepam 10mg | 1545 | 1970 | 2050 | 2140 | 2350 |

Terceiro passo: explicação do problema

Para tratamento da insônia, a prescrição de BZD deve ser utilizada por curto período: inferior a duas semanas, segundo o Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) Guideline (2000). Em se tratando da ansiedade, não se deve utilizar BZD por mais de seis semanas. O uso por um período de seis semanas a seis meses pode gerar dependência e tolerância (GUIDELIN, 2000). Para tratamento de depressão, os BZD's são indicados apenas quando existe manifestação de ansiedade acentuada ou inexistente agressividade predominante. Utilizados monoterapeuticamente, podem precipitar suicídio (FIRMINO, 2008).

Pode estar ocorrendo por diversos motivos, podemos citar como uma grande causa a má indicação clínica, onde essas medicações são prescritas apenas com a finalidade de indução do sono, ou a dificuldade de retirar a medicação, por parte dos paciente, que já se julgam dependentes delas. Geralmente ocorre até mesmo a falta de conscientização do médico do paciente e a desinformação do paciente dos males que o excesso dessa droga pode causar, facilitando a cronificação do seu uso, estando os pacientes expostos ao risco do uso indevido da mesma.

O problema de cronicidade no uso da medicação e seu uso indevido, parece envolver além dos usuários, os médicos que prescrevem, ou aqueles que renovam as receitas sem saber o motivo do uso da medicação e até mesmo os farmacêuticos.

Segue abaixo a árvore explicativa dos problemas encontrados:

Visamos combater essa realidade, desde o diagnóstico adequado, a avaliação de especialistas até o controle da utilização adequada, bem como orientações sobre a mesma e como esta pode causar dependência e como essa dependência pode ser maléfica ao indivíduo.

Quinto passo: seleção dos “nós” críticos

Foram selecionados pela ESF como “nós” críticos:

- Prescrições inadequadas.
- Dificuldade de entendimento das orientações e prescrições por parte dos pacientes.
- Dependência da medicação por parte dos pacientes.
- Renovações inadequadas de receita por parte dos médicos.
- Falta de controle por parte dos médicos da ESF, de medicações prescritas por outros médicos.

Sexto passo: Desenho da operação

A elaboração da proposta de intervenção foi feita utilizando o método estratégico situacional simples, na elaboração de diagnóstico por meio de estimativa rápida, através da observação da população do município de Piau-MG, a população residente na área de abrangência (2.816 habitantes) foi observada no dia a dia de atendimento, e nos grupos já realizados para outras finalidades, onde foi observado um uso excessivo de benzodiazepínicos por partes da população, ainda não é possível ainda estipular o número certo de pessoas que fazem uso da medicação, mas espero conseguir esse dados logo nas primeiras reuniões realizadas após iniciar o projeto de intervenção.

Para o desenvolvimento do plano de intervenção, será primeiramente implantado pela ESF um grupo de saúde mental no município, onde será feito um cartão

individual de cada paciente. Neste cartão irá conter todas as medicações de uso controlado que cada paciente faz uso, como é usado e, quando possível, irá conter quem prescreveu e quando iniciou seu uso. Sendo anotado no cartão todo mês as receitas que foram renovadas e a quantidade de comprimidos prescritos, para assim tentar reduzir as renovações inadequadas por partes dos médicos da ESF e conseguir um controle melhor das medicações prescritas por outros médicos.

Serão feitas reuniões mensais, para que cada paciente passe por uma avaliação do médico da ESF, podendo esse ter um controle mais adequado ao renovar uma receita, e impossibilitando de o próprio paciente aumentar a quantidade de medicações tomadas, ou até mesmo iniciar o seu uso com a receita de alguém da família, controlando que cada paciente tome apenas a medicação e a quantidade que foi prescrita a ele.

Serão feita nas reuniões com palestras educativas sobre temas de saúde mental, informando os risco da medicação e os males que seu uso contínuo traz, como tais podem causar dependência. Na própria reunião agendaremos consultas individuais daqueles que tem maior dificuldade em entender como toma a medicação, na medida do possível tentaremos agendar todos os que fazem uso de alguma medicação controlada. Serão sugeridas as alternativas de lazer oferecidas pelo município, como grupo de artesanato e aulas de dança, e orientado dos efeitos benéficos do lazer e de atividades físicas, e como estes podem ajudar nesse processo de tentar diminuir o uso dessas medicações, e como podem melhorar na qualidade de vida.

Serão selecionados mensalmente os pacientes mais críticos, ou seja, aqueles que fazem uso de maior quantidade de medicação e ou a mais tempo, os quais serão encaminhados aos serviços especializados de saúde mental disponíveis no município, para assim passar por consulta de especialistas e ver a real necessidade do uso de cada medicação. Assim pretendemos fazer com cada paciente dependente do uso de benzodiazepínicos, numa tentativa de reduzir o uso indevido da mesma e evitar prescrições inadequadas.

Importância do passo e resgate de conceitos fundamentais:

Quadro de operação para os nós críticos do problema de uso excessivo dos benzodiazepínicos no município

Quadro 6- operações para os nós crítico:

| Nó Crítico | Operação/Projeto | Resultados Esperados | Produtos | Recursos Necessários |
|---|--|--|--|---|
| Uso indiscriminado de benzodiazepínicos | +Conscientização Aumentar o nível de informação da população quanto ao excesso da medicação | Diminuir a utilização dessas medicações e a utilização sem uma real necessidade | Esclarecimentos e conscientização para melhor utilização das medicações | Financeiro – para confecção dos cartões e para folhetos educativos. Cognitivo – informações: Palestras educativas e esclarecimento pelo profissional de saúde sobre o tema |
| Prescrições e renovações inadequadas | + Precaução Conscientizar dos profissionais de saúde sobre o número excessivo de medicações benzodiazepínicas prescritas na prática clínica. | De maneira efetiva, promover diminuição de transcrições e prescrições de medicações benzodiazepínicas sem que o diagnóstico esteva formalmente estabelecido. | Utilização do “cartão-controle” para recebimento e controle de medicações benzodiazepínicas e outras utilizadas, que devam ser também adequadamente controladas. | Financeiro – Apoio financeiro para a realização dos cartões; Disponibilização de especialistas Político – apoio financeiro para realização dos Cartões que serão disponibilizadas aos usuários; |
| | | Redução do número de medicações | Participação eficiente da equipe de saúde, | Político: Adequação Inter setoriais de |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Realização de formalização de diagnósticos das patologias para realização de prescrição médica adequada. | Melhor abordagem Realizar inquérito adequado com o usuário em busca de medicações e tempo de utilização das mesmas. | prescritas sem real necessidade, adequação das prescrições pelo menor período de tempo necessário. | no que tange esclarecimento quanto ao uso das medicações e seus efeitos deletérios. | ação em saúde na promoção de uma mudança do raciocínio vigente das prescrições realizadas atualmente por parte dos profissionais de saúde. |
| Dependência da medicação por conta dos pacientes devido pouca orientação quanto aos efeitos deletérios do uso indiscriminado de medicações controladas, em especial, benzodiazepínicos. | + Informação Prestar esclarecimentos à população no intuito de aumentar seu nível de entendimento quanto os efeitos colaterais causados pelo uso de benzodiazepínicos, à longo prazo. | Maior nível de informações aos pacientes quanto a utilização das medicações que lhes são prescritas. | Fortalecimento das informações que prestadas quanto as medicações que o usuário utiliza | Político – articulação entre os setores para a realização dos esclarecimentos ao público. Cognitivo – conhecimento através de estudos, sobre formas de abordagem eficazes sobre a população. |

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

O quadro abaixo contem os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema do uso indiscriminado de benzodiazepínicos na unidade.

Quadro 7- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações

| Operação/Projeto | Recursos Necessários |
|-------------------|---|
| + Conscientização | Financeiro - para folhetos educativos Cognitivo – informações sobre o tema |
| + Prevenção | Político: Apoio para a realização dos cartões e folhetos educativos. Financeiro – Realização dos “cartões-controle”; disponibilização de consultas clínicas e especialitas, quando necessário. |
| + Informação | Cognitivo – conhecimento através de estudos, sobre formas de abordagem eficazes sobre a população. Político – articulação entre os setores para a realização dos esclarecimentos ao público. |
| Melhor Abordagem | Político – Adequação Inter setorial de ação em saúde na promoção de uma mudança do raciocínio vigente das prescrições realizadas atualmente por parte dos profissionais de saúde. |

Oitavo passo: Análise da viabilidade do plano

Para a realização desta intervenção, foi solicitada uma reunião com a secretaria municipal de saúde do município para viabilização do projeto em questão, onde além dos demais recursos foi solicitada a ele a disponibilidade de utilizar uma vez por mês o espaço físico do clube, onde é realizado um dos grupos de HIPERDIA, para realização dos grupos de saúde mental.

Segue no quadro a propostas de ações para a motivação:

Quadro 8- Propostas de ação para motivação

| Operações/Projetos | Recursos Críticos | Controle de Recursos Críticos | | Ação Estratégica |
|--------------------|---|-------------------------------|----------------------------|---|
| | | Ator que controla | Motivação | |
| +Conscientização | Financeiro - para folhetos educativos Cognitivo – informações sobre o tema | Secretário de saúde | Favorável Favorável | Apresentação do projeto |
| + Precaução | Político: Apoio para a realização dos cartões e folhetos educativos. Financeiro – Realização dos cartões”; disponibilização de consultas clínicas e especializadas, quando necessário. | Secretaria de saúde | Favorável | Apresentação do projeto; Apoio das associações |

Para liberação do recurso financeiro e aprovação do impresso dos cartões confeccionados, que serão utilizados pelos pacientes que fazem uso de psicotrópicos em geral, foi solicitada uma pesquisa de preço em três gráficas para liberação do recurso financeiro.

Nono passo: elaboração do plano operativo

Esse passo deve designa os responsáveis por cada operação (gerente de operação); e definir os prazos para a execução das operações.

Quadro 9- Plano Operativo

| Operações | Resultados | Ações estratégicas | Responsável | Prazo |
|-------------------|--|---|------------------------|--|
| + Conscientização | Diminuição da utilização das medicações benzodiazepínicas utilizadas sem que haja real necessidade | Esclarecimentos e conscientização para melhor utilização das medicações | Médico e toda ESF | Três meses para o início das atividades |
| + Precaução | De maneira efetiva, promover diminuição de transcrições e prescrições de medicações benzodiazepínicas sem que o diagnóstico esteve formalmente estabelecido. | Utilização do cartão para recebimento e controle de medicações benzodiazepínicas e outras utilizadas, que devam ser também adequadamente controladas. | médico | Três meses para o início das atividades. Término dos trabalhos em aproximadamente 12 meses. |
| + Informação | Maior nível de informações aos pacientes quanto a utilização das medicações que lhes são prescritas. | Fortalecimento das informações que prestadas quanto as medicações que o usuário utiliza | Médico e demais da ESF | Três meses para o início dos trabalhos. Término do trabalho em aproximadamente 11 meses. Reuniões |

| | | | | |
|------------------|---|--|--------|---|
| | | | | mensais para avaliação das ações. |
| Melhor Abordagem | Redução do número de medicações prescritas sem real necessidade, adequação das prescrições pelo menor período de tempo necessário | Participação eficiente da equipe de saúde, no esclarecimento quanto ao uso das medicações e seus efeitos deletérios. | médico | Três meses para o início dos trabalhos. Termina dos trabalhos após 9 meses, aproximadamente. Reuniões quinzenais para avaliação das ações. |

Décimo passo: gestão do plano

Quadro10- Planilha para acompanhamento de projetos:

| Operações | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo Prazo |
|-------------------|--------------|--|---------------------------------|--|---|
| + Conscientização | Médico | 3 meses para o início das atividades | Elaboração do projeto iniciado. | - | - |
| + Prevenção | Médico e ESF | Três meses para o início das atividades. | Elaboração do projeto iniciado | promover diminuição de transcrições e prescrições de medicações benzodiazepínicos | Término dos trabalhos em aproximadamente 12 meses. Equipe deseja continuidade do trabalho após troca de médico PROVAB |
| + Informação | Médico e ESF | Três meses para o início das atividades | Elaboração do projeto iniciada | Oferecer informações aos pacientes quanto a utilização das medicações que lhes são prescritas | Término do trabalho em aproximadamente 11 meses. Reunião mensais para avaliação das ações. |
| Melhor Abordagem | Médico | Três meses para o início dos trabalhos. | Elaboração do projeto iniciada. | Redução do número de medicações prescritas sem real necessidade, adequação das prescrições pelo menor período de tempo possível. | Termino dos trabalhos após 9 meses, aproximadamente. Reuniões quinzenais para avaliação das ações. |

Para a melhor avaliação do desenvolvimento da intervenção, a equipe de saúde decidiu que o tema será também discutido nas reuniões de equipe semanais já existentes para caso ocorra eventuais problemas, estes sejam resolvido de maneira rápida. Será importante respeitar os prazos estabelecidos, bem como com a

atualização dos dados de cada paciente se ocorrência de modificação das suas medicações de uso por outros médicos. Ao fim, o trabalho inicialmente mais importante, está na conscientização de cada usuário de medicações benzodiazepínicas quanto aos efeitos deletérios destas medicações em longo prazo.

É importante que toda a equipe de saúde busque a adesão destes usuários para que assim, consigamos iniciar um trabalho eficiente que resultará bons frutos futuros.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso indevido e abusivo de benzodiazepínicos pode ser considerado um problema de saúde que envolve os usuários, as famílias, os gestores e os profissionais de saúde. Fatores como a prescrição indiscriminada dos psicofármacos, a falta de orientação dos pacientes, a insuficiência no controle da medicação psicotrópica, foram considerados “nós críticos” pela equipe de saúde da família. Esses problemas devem ser enfrentados a partir de um plano de ações estratégicas que levem a conscientização dos usuários e profissionais de saúde sobre os efeitos adversos, devido ao uso abusivo e prolongado dos benzodiazepínicos, redução das transcrições e prescrições desses psicotrópicos e, finalmente, adequação das prescrições pelo menor período de tempo possível para prevenir a tolerância e dependência à medicação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) Piau – MG. Brasília, DF, 2014a.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIAU. Secretaria Municipal de Saúde de PIAU. PIAU, 2014a.

_____. Equipe de Saúde da família (ESF) – PSF PIAU. PIAU, 2014b.

SILVEIRA, M. R. A Saúde Mental na Atenção Básica: um diálogo necessário, 2009, 146f. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

BERNICK, 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.** V. 40, n. 4, p. 191-8, 1991.

BORDIM, D. C. Consumo de psicofármacos por usuários da unidade de saúde do bairro São Pedrosa da área 30: revisão de prontuários. Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

CARLINI, E. A. *et al.* I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

FIRMINO, K.P. Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/prescrição no município de Coronel Fabriciano - 2008. Dissertação de Mestrado, Universidade federal de Minas gerais, Belo Horizonte, 2008.

FERREIRA, T. R. *et al.* Caracterização do uso de benzodiazepínicos por pessoas idosas Atendidas no centro de atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem.** UFPE, Recife, v. 8, n. 11, p. 3905-11, 2014.

FORSAN, M. A. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. 2010. Trabalho de conclusão de curso (Especialização), Faculdade de Medicina/NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2010.

HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**. v.16, n. 2, p. 351-362, abr./jun. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo de 2010*. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acessado em 10 jun de 2014.

IPEA. Atlas do Desenvolvimento humano no Brasil 2013. Atlas Brasil. disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acessado em 19 jul. 2014.

LARANJEIRA, R; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: Bernick MA editor. Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência. São Paulo (SP): Edusp;1999,p.187-98.

LENHART, S. E. BUYSSE, D.J. **Treatment of insomnia in hospitalized patients.** Ann Pharmacother: 2001, v. 35, n.11, p:1449-57.

NORDON, D.G.; HÜBNER, C.V.K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. Diagnóstico e tratamento; 14(2), abr - jun, 2009.

NOTO, A. R. *et al.* Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Rev Bras Psiq.** V. 24, n. 2, p. 68-73, 2002.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com Informantes-chave no município de São Paulo. Ribeirão Preto, **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13, n. esp. p. 896-902, set./out. 2005.

SILVEIRA, M. R. A Saúde Mental na Atenção Básica: um diálogo necessário, 2009, 146f. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SANTOS, P. N. P.; SILVA, G. K. A.; ANDRADE, K. V. F. Boletim Informativo Geum, v. 5, n. 1, p. 33-45, jan./mar. 2014.