

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARCELLE SOUSA LACERDA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A AVALIAÇÃO E
ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES QUE UTILIZAM
BENZODIAZEPÍNICOS NA EQUIPE VERDE DO CENTRO DE
SAÚDE TIROL EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE

2019

MARCELLE SOUSA LACERDA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A AVALIAÇÃO E
ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES QUE UTILIZAM
BENZODIAZEPÍNICOS NA EQUIPE VERDE DO CENTRO DE
SAUDE TIROL EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dr^a. Nayara Ragi Baldoni Couto

BELO HORIZONTE

2019

MARCELLE SOUSA LACERDA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A AVALIAÇÃO E
ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES QUE UTILIZAM
BENZODIAZEPÍNICOS NA EQUIPE VERDE DO CENTRO DE
SAUDE TIROL EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Nayara Ragi Baldoni Couto – Universidade de Itaúna (UIT)

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, em 20 de Outubro de 2019

L131p Lacerda, Marcelle Sousa.
Projeto de intervenção para melhorar a avaliação e acompanhamento dos pacientes que utilizam benzodiazepínicos na Equipe Verde do Centro de Saúde Tirol em Belo Horizonte, Minas Gerais [recursos eletrônicos]. / Marcelle Sousa Lacerda. - - Belo Horizonte: 2020.
40 f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Nayara Ragi Baldoni Couto.
Área de concentração: Gestão de Serviços em Saúde.
Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégias de Saúde Nacionais. 3. Benzodiazepinas/uso terapêutico. 4. Benzodiazepinas/efeitos adversos. 5. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 6. Centros de Saúde. 7. Dissertação Acadêmica. I. Couto, Nayara Ragi Baldoni. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 160



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos doze dias do mês de setembro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna MARCELLE SOUSA LACERDA “ **PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES QUE UTILIZAM BENZODIAZEPÍNICOS NA EQUIPE VERDE DO CENTRO DE SAÚDE TIROL EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS** ”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Profa. Dra. ADELAIDE DE MATTIA e Profa. Dra. ELIANA APARECIDA VILLA O TCC foi aprovado com a nota 76.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia doze do mês de setembro , do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 16 de fevereiro de 2023.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 17/02/2023, às 10:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2088886** e o código CRC **E5E5304A**.

RESUMO

Os benzodiazepínicos são fármacos psicotrópicos que potencializam o efeito do neurotransmissor ácido gama-aminobutírico, que é o principal inibidor do Sistema Nervoso Central, resultando em propriedades sedativas, hipnóticas, ansiolíticas, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário dos benzodiazepínicos, entre estes está uma proporção significativa dos pacientes atendidos pela Equipe Verde do Centro de Saúde Tirol, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Entretanto, a utilização dessa medicação a longo prazo é controversa devido seus efeitos colaterais e dependência física. Visto isso, o objetivo desse estudo é elaborar um plano de intervenção para melhoria na avaliação e acompanhamento dos pacientes que utilizam benzodiazepínicos na equipe verde e possibilite a retirada gradual dessas drogas e sua substituição por outros medicamentos mais adequados e/ou terapias não medicamentosas. A metodologia utilizada para elaboração do projeto de intervenção foi o Planejamento Estratégico Situacional. Além disso, foi realizada uma revisão de literatura e levantamento de dados científicos, baseando-se na análise de artigos relacionados ao assunto. Almeja-se, com a implantação desse projeto que os pacientes se conscientizem dos efeitos adversos dos benzodiazepínicos e se disponham a fazer o desmane da medicação, com substituição por terapias alternativas, conforme indicado em cada caso.

Palavras chaves: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Benzodiazepínicos.

ABSTRACT

Benzodiazepines are psychotropic drugs that potentiate the effect of the gamma-aminobutyric acid neurotransmitter, which is the main inhibitor of the Central Nervous System, resulting in sedative, hypnotic, anxiolytic, muscle relaxant and anticonvulsant properties. It is estimated that 50 million people make daily use of benzodiazepines, among them is a significant proportion of patients treated by the Green Team of the Tirol Health Center in Belo Horizonte, Minas Gerais. However, the long-term use of this medication is controversial due to its side effects and physical dependence. Given this, the objective of this study is to develop an intervention plan to improve the assessment and follow-up of patients using benzodiazepines in the green team and enable the gradual withdrawal of these drugs and their replacement by other more appropriate drugs and / or non-drug therapies. The methodology used to elaborate the intervention project was the Situational Strategic Planning. In addition, a literature review and scientific data collection were conducted, based on the analysis of articles related to the subject. With the implementation of this project, it is intended that patients become aware of the adverse effects of benzodiazepines and are willing to discontinue the medication, with substitution for alternative therapies, as indicated in each case.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Benzodiazepines.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BDZs	Benzodiazepínicos
CEM	Centro de Especialidade Médicas
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CMDI	Centro Municipal de diagnóstico por imagem
CMO	Centro Municipal de Oftalmologia
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CERSAM	Centro de Referência de Saúde Mental
CERSAM-AD	Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e outras
CERSAMi	Centros de Referência em Saúde mental infantil
CREAB	Centros de Reabilitação
CRIE	Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Regionais de saúde de Belo Horizonte.....	12
Tabela 1: Relatório de Cadastro de Usuários com Endereço Vinculado.....	16
Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Verde, Unidade Básica de Saúde Tirol, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.....	18
Quadro 2: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Uso crônico de Benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do Centro Saúde Tirol, no município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.....	33
Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Uso crônico de Benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do Centro Saúde Tirol, no município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.....	34
Quadro 4: Operações sobre o “ <i>nó crítico 3</i> ” relacionado ao problema “Uso crônico de Benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do Centro Saúde Tirol, no município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.....	35
Quadro 5: Operações sobre o “ <i>nó crítico 4</i> ” relacionado ao problema “Profissionais de Saúde focados na doença e não na pessoa”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do Centro Saúde Tirol, no município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.....	36
Quadro 6: Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Renovação de receita sem a devida reavaliação do paciente”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do Centro Saúde Tirol, no município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município do município de Belo Horizonte	11
1.2 Aspectos da comunidade	13
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Tirol	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família Verde, da Unidade Básica de Saúde Tirol	16
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	18
1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	18
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Estratégia de Saúde da Família	23
5.2 Atenção Primária em Saúde	24
5.3 Os Benzodiazepínicos	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	30
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	31
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Belo Horizonte

A História de Belo Horizonte começa em 1701 com a fundação do Arraial Curral del Rei. Depois, em 1897, quando tornou-se capital de Minas Gerais, passou a ser chamada Cidade de Minas. Foi nomeada Belo Horizonte somente em 1901 (THE CITIES, 2019).

Hoje a capital mineira tem 121 anos e uma população estimada é de 2.512.070 habitantes, em uma área de 331 Km², densidade de 7.177 habitantes por Km, sendo uma das principais cidades do país. Localizada na região Sudeste, foi a primeira cidade brasileira moderna planejada, é servida por extensas malhas viárias e ferroviárias que a ligam aos principais centros urbanos e portuários do país, é o terceiro principal centro urbano do país em termos econômicos. (IBGE, 2010; BAIRROS DE BELO HORIZONTE, 2019)

Belo Horizonte é porta de entrada para importantes cidades históricas de Minas Gerais, como Ouro Preto, Sabará, Congonhas e Tiradentes. Possui voos diretos para todas as capitais brasileiras a partir de seu Aeroporto Internacional Tancredo Neves, localizado no município de Confins. É também um grande centro cultural, com modernas universidades, museus, bibliotecas, espaços culturais. Vem sendo também crescentemente reconhecida como centro de excelência em biotecnologia, informática e medicina, e sede de importantes eventos das mais diversas áreas (BELO HORIZONTE, 2019).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Belo Horizonte em 2010 chegou a 0,810, se situando na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto (0,800 a 1), ocupando a 20ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros. A dimensão que mais contribui é o de Longevidade, seguido de Renda e Educação. Porém, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos entre os anos foi a Educação (BELO HORIZONTE, 2018).

Para gestão e planejamento, a cidade é subdividida em nove áreas administrativas regionais, que são: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (BELO HORIZONTE, 2018).



Figura 1 – Regionais de saúde de Belo Horizonte. Fonte: Belo Horizonte, 2018.

O modelo de governança da atenção à saúde em Belo Horizonte é pautado na gestão do cuidado em rede, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, por atender e resolver a maior parte das suas necessidades (BELO HORIZONTE, 2018).

Atualmente Belo Horizonte possui uma rede robusta, capaz de ofertar na Atenção Primária à Saúde com mais de 213 mil consultas médicas, 200 mil doses de vacina, 400 mil visitas das equipes de Saúde da Família e 36 mil atendimentos odontológicos por mês. Nos atendimentos hospitalares, por sua vez, são mais de 20 mil internações e 8 mil cirurgias eletivas ou de emergência realizadas mensalmente (BELO HORIZONTE, 2018).

1.2 Aspectos da comunidade

A região do Barreiro originou-se há mais de 150 anos, contados a partir do registro da Fazenda Barreiro, datado em 3 de agosto de 1855. Localiza-se a sudoeste de Belo Horizonte, faz limite com os seguintes municípios da região metropolitana de BH: Contagem, Ibirité Brumadinho e Nova Lima. Formada por 54 bairros e 18 vilas, com 70 mil domicílios que abrigam aproximadamente 300 mil habitantes (BAIRROS DE BELO HORIZONTE, 2019; BELO HORIZONTE, 2019).

Embora haja uma intensa atividade industrial e comercial na região, coexistem diversas áreas verdes e nascentes, como o Parque Estadual da Serra do Rola-Moça, que se destaca como terceiro maior parque em área urbana do país e abriga seis importantes mananciais de água que abastecem parte da região metropolitana de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2019).

O Distrito Regional Barreiro possui atualmente 20 Unidades Básicas de Saúde, 84 equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sete Equipes de NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), uma Farmácia Distrital, duas Academias da Cidade nos bairros Milionários e Vila Pinho, um Centro de Especialidades Médicas (CEM), um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), um Centro de Convivência (BELO HORIZONTE, 2019).

1.3 O sistema municipal de saúde

O modelo ideal de atenção em saúde é o sistema integrado, articulando as relações entre os componentes (atenção primária, secundária e terciária, sistemas logísticos e de apoio). O desafio diário é a organização desse sistema, com a Atenção Primária sendo o nó articulador entre os demais serviços de saúde do município. Como é a capital do estado, Belo Horizonte conta com uma complexa rede de atenção à saúde (MENDES, 2012).

A capital atualmente conta com 152 centros de saúde, 588 equipes de Estratégia Saúde da Família. Tem oito Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), três

Centros de Referência em Saúde Mental Álcool (CERSAM-AD) e dois Centros de Referência em Saúde mental infantil (CERSAMi) (BELO HORIZONTE, 2019).

Na atenção especializada, são cinco Unidades de Referência Secundária (URS), nove Centros de Especialidades Médicas (CEM), quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), quatro Centros de Reabilitação (CREAB), dois Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), um Centro Municipal de Oftalmologia (CMO), um Centro Municipal de diagnóstico por imagem (CMDI) (BELO HORIZONTE, 2019).

São nove Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), localizadas nas regionais de saúde municipais citadas acima. Todo o território do município é coberto pelos serviços de urgência, realizando uma média de 600 mil atendimentos por ano. Dentre os principais prestadores contratados/conveniados destacam-se: Hospital Odilon Behrens, Hospital das Clínicas, Santa Casa de BH, Rede Fhemig, Ciências Médicas, Hospital São Francisco, Mário Pena, São José, Hospital Evangélico, entre outros (BELO HORIZONTE, 2018).

Nos últimos 5 anos houve um crescimento no número de unidades do SUS-BH. Essa expansão ocorreu sobretudo nas unidades da Atenção Primária. Neste período, houve acréscimo de 25 novas unidades: 5 Centros de Saúde, 13 Academias da cidade, 1 CERSAM, 1 CERSAMi, 1 Centro de Reabilitação, 1 Centro de Esterilização de Cães e Gatos, 1 UPA, 1 Laboratório de UPA e o Hospital Metropolitano (BELO HORIZONTE, 2018).

A rede de apoio ao diagnóstico possui cinco laboratórios distritais, um laboratório central, um laboratório de Doenças Sexualmente Transmissíveis, nove laboratórios de UPA. A Vigilância em Saúde tem em sua estrutura um Laboratório de Bromatologia, um Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), um Laboratório de Zoonoses, um Centro de Controle de Zoonoses, quatro centros de esterilização de cães e gatos, uma Unidade Móvel de Castração e o Serviço de Atenção ao Viajante. E na promoção à saúde, são 76 Academias da Cidade em funcionamento, com mais de 20 mil alunos e 127 locais que promovem a prática Lian Gong (BELO HORIZONTE, 2018).

O prontuário utilizado nos serviços de saúde do município é eletrônico, o que facilita buscar dados anteriores sobre o paciente e entender melhor a evolução do processo saúde-doença daquele indivíduo. Os encaminhamentos são feitos em geral pelo sistema de regulação (SISREG), o paciente é colocado na fila de espera do atendimento especializado (atenção secundária/terciária) de acordo a prioridade definida ou se demanda urgente, encaminhado imediatamente para a UPA.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Tirol

O Centro de Saúde Francisco Gomes Barbosa, é mais conhecido na região como C.S. Tirol, devido o nome do bairro do qual ele faz parte. Localizado na Avenida Nélcio Cerqueira, número 15, Tirol, regional Barreiro (BELO HORIZONTE, 2019).

O Centro de Saúde Tirol conta com quase 24 mil usuários cadastrados, realizando cerca de 700 atendimentos por dia e tem seis equipes de saúde, cada uma composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), além das equipes de saúde bucal (cirurgiões-dentistas e auxiliares) e equipes de apoio: ginecologista, pediatra, clínico, equipe do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) (fonoaudióloga, nutricionista, farmacêutica, fisioterapeuta) , equipe de saúde mental (psicólogo e psiquiatra), e agentes de combate a endemias e controle de zoonoses(SMSA, 2019).

Possui uma unidade própria com área ampla para atender a demanda populacional local. A área destinada à recepção funciona como sala de espera, agendamento e vacinação. Temos um salão onde são realizadas algumas atividades como reuniões do NASF, atendimento da fisioterapia, entre outros. Não há sala fixa de reunião das equipes. Quando o médico pode participar da reunião, esta é feita no consultório, ou então onde houver disponibilidade no momento. Tem uma área verde nos fundos da unidade que são usadas para as atividades de Lian Gong com a comunidade.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, muitos dizem que preferem até ser atendidos na unidade do que no sistema particular. Atualmente tem na unidade equipamentos básicos, sala de vacina, farmácia, consultório médico e dentário, sala de observação dos pacientes, sala de curativos, sala para coleta de sangue, sala de exame ginecológico, entre outros.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Verde, da Unidade Básica de Saúde Tirol

A equipe verde presta serviço atualmente a uma população total de 3.509 pacientes, com 1.682 pacientes do sexo masculino e 1.827 femininos, como exposto na tabela abaixo (SMSA, 2019).

Cadastro de usuários com endereço vinculado Distrito: DS Barreiro Unidade de Saúde: C.S. FRANCISCO GOMES BARBOSA – TIROL Equipe: Equipe PSF 03				
Faixa etária – anos	Feminino	Masculino	Total	%
< 1 mês	1	0	1	
1 a 11 meses	11	9	20	
1 a 4 anos	86	86	172	
5 a 9 anos	85	107	192	
Subtotal crianças	183	202	385	10,97 %
10 a 14 anos	77	88	165	
15 a 19 anos	103	111	214	
Subtotal adolescentes	180	199	379	10,80 %
20 a 24 anos	146	141	287	
25 a 29 anos	122	152	274	
30 a 34 anos	147	147	294	
35 a 39 anos	167	113	280	
40 a 44 anos	148	114	262	
45 a 49 anos	133	121	254	
50 a 54 anos	146	130	276	
55 a 59 anos	94	107	201	
Subtotal adultos	1103	1025	2128	60,64 %
60 a 64 anos	106	86	192	
65 a 69 anos	66	52	118	
70 a 74 anos	69	42	111	
75 a 79 anos	43	31	74	
maior ou igual a 80 anos	77	45	122	
Subtotal idosos	361	256	617	17,58 %
Total	1827	1682	3509	100,00 %

Fonte: Relatório de Cadastro de Usuários com Endereço Vinculado (SMSA, 2019).

A equipe tem por volta de 1200 famílias sob a área de abrangência, sendo as visitas domiciliares na maioria das vezes são realizadas pelas ACS, algumas em acompanhamento do enfermeiro e/ou médico.

A Unidade de Saúde funciona atualmente das 7h:00min às 18h:00min horas, de segunda a sexta-feira. O tempo das atividades realizadas é ocupado quase exclusivamente por atividades da demanda espontânea e consultadas agendadas. Muitas vezes a agenda não comporta todos os usuários, sendo priorizado aqueles que necessitam de uma ação mais rápida ou de um acompanhamento mais cuidadoso (diabéticos, hipertensos, idosos, atenção aos portadores de sofrimento mental, gestantes, crianças, entre outros). A proporção de tempo utilizado para demanda espontânea acaba sendo muito maior que o tempo que tenho para atenção programada, prejudicando o processo de trabalho com os pacientes crônicos.

Não é usado o sistema Manchester no atendimento da demanda espontânea. Em geral, os pacientes passam pela triagem pelo enfermeiro e são colocados por ordem de chegada para atendimento, exceto quando apresentam alguma instabilidade ou sinal de gravidade exigindo uma ação mais rápida. E como dito acima, demanda espontânea acaba ocupando maior parte da carga horária de atendimento e o restante é dividido com consultas agendadas, visitas domiciliares, reuniões de equipe e matriciamento do NASF e da Saúde mental.

Mensalmente tem o matriciamento do NASF, com a participação da fonoaudióloga, fisioterapeuta, nutricionista e farmacêutica da unidade. Nesse momento há uma troca de informações, com marcação de consultas para pacientes com estas profissionais e é feita a devolutiva dos pacientes que já estão em acompanhamento por elas. No matriciamento da Saúde Mental, da mesma forma, são passados os casos para o psicólogo, agendada consultas e feita à devolutiva dos pacientes que já estão em acompanhamento.

Na área de abrangência da equipe em geral as ruas são pavimentadas, mas tem algumas áreas que não apresentam saneamento básico. Todas as casas possuem energia elétrica. A maior parte das casas é do tipo alvenaria e a maior parte da área possui coleta de lixo, mas há microáreas com lixo a céu aberto.

1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Para a elaboração de um plano de intervenção é preciso identificar os problemas de saúde da população de sua área de abrangência. Para isso a equipe fez o diagnóstico situacional em saúde e utilizou o método da estimativa rápida com a finalidade de obter dados fidedignos, levantar os problemas que a população vivência e refletir como a equipe pode atuar para melhora destes (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Após colher os dados, a equipe se reuniu para discutir os problemas que se apresentavam na população, como: alta demanda de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, uso crônico de benzodiazepínicos, depressão/ansiedade, outros problemas de saúde mental (esquizofrenia, bipolaridade, entre outros), asma, dores crônicas (artrose, artrite, fibromialgia, entre outros), sobrecarga da demanda espontânea, grande demanda para a consulta programada, falta de grupos operativos e longas filas de espera para consultas com especialistas.

1.7 Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção

Como veremos no quadro abaixo, foram utilizados alguns critérios para priorização dos problemas: importância do problema (classificado como alta, média e baixa), sua urgência (pontuação de 0 a 10) e a capacidade da equipe enfrentá-lo (definindo se a solução está total, parcialmente ou fora dos recursos da equipe). Após discussão com a equipe, foi colocado como prioridade número um: uso crônico de benzodiazepínicos.

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Verde, Unidade Básica de Saúde Tirol, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Centro de Saúde Tirol – Equipe Verde: Priorização de Problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Uso crônico de benzodiazepínicos	Alta	10	Parcial	1
Hipertensão Arterial	Alta	9	Parcial	2
Diabetes Mellitus	Alta	9	Parcial	2
Depressão/Ansiedade	Alta	9	Parcial	2

Outros problemas de saúde mental (esquizofrenia, bipolaridade...)	Alta	8	Parcial	3
Asma	Alta	8	Parcial	3
Dores crônicas (artrose, artrite, fibromialgia...)	Alta	8	Parcial	3
Sobrecarga da demanda espontânea	Alta	7	Parcial	4
Grande demanda para a consulta programada	Alta	7	Parcial	4
Falta de grupos operativos	Média	6	Parcial	5
Longas filas de espera para consultas com especialistas	Média	6	Fora	5

Fonte: Autoria própria (2019)

O diagnóstico situacional com a estimativa rápida e a discussão da priorização dos problemas foram apenas os primeiros passos. Outros passos são necessários para construir um projeto de intervenção, como veremos no decorrer do trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

Foi escolhido o uso crônico de benzodiazepínicos (BDZ) dentre os problemas prioritários discutidos com a equipe. A idealização desse trabalho foi feita com o intuito de reduzir o número de usuários crônicos de BDZs e consequentemente sua dependência e efeitos colaterais devido ao uso a longo prazo.

Os BDZs são substâncias que começaram a ser desenvolvidos e utilizados pela população na década de 1960, agem potencializando o efeito do neurotransmissor ácido gama-aminobutírico (GABA) que é o principal inibidor do SNC, resultando em propriedades sedativas, hipnóticas, ansiolíticas, relaxantes musculares e anticonvulsivantes (BERNIK, 1990; BRANCO; SANTANTA; MIRANDA-SCIPPA, 2013).

Como essa classe medicamentosa apresenta eficácia terapêutica, baixo risco de intoxicação, efeito tranquilizante e preço acessível, os pacientes passaram a utilizá-la de maneira abusiva nas últimas décadas, principalmente no combate à insônia. Entretanto, o uso dos BDZs de quatro a seis semanas já leva o usuário a desenvolver tolerância, dependência e abstinência, o que pode ter como consequência alterações do comportamento. Seu uso prolongado também pode causar: confusão mental, sedação excessiva, tonteira, quedas e fraturas, delírio, problemas cognitivos, entre outros (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA E NEUROLOGIA, 2013; BRANCO; SANTANTA; MIRANDA-SCIPPA, 2013; ORLANDI e NOTO, 2005).

Diante dessa constatação e a observação de um grande número de usuários dessa medicação na nossa equipe, decidiu-se elaborar um plano de intervenção que possibilite a reavaliação de todos os pacientes, como o desmame dessa droga e início de novas terapias medicamentosas e/ou não medicamentosas se necessário e garantir o acompanhamento multidisciplinar dos usuários da nossa área de abrangência.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para melhorar a avaliação e acompanhamento dos pacientes que utilizam benzodiazepínicos da equipe verde do Centro de Saúde Tirol em Belo Horizonte, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) elaborado por Faria et al (2018).

O PES preconiza dez passos, são eles: 1) Identificação dos problemas; 2) Priorização dos problemas; 3) Descrição do problema; 4) Explicação do problema; 5) Seleção dos nós críticos; 6) Desenho de operações; 7) Identificação dos recursos críticos; 8) Análise de viabilidade do plano; 9) Elaboração do plano operativo; 10) Gestão do Plano (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Além disso, foi realizada uma revisão de literatura narrativa, na Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica e levantamento de dados científicos, baseando-se na análise de artigos e literatura relacionados ao assunto, com as seguintes palavras chaves: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Benzodiazepínicos.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (BRASIL, 2002 apud FARIA et al., 2010).

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada para a organização do modelo de atenção do SUS. Teve seu início no final dos anos 80 com a instituição do programa de agentes de saúde ocorrida no Ceará e que foi concebida para ser um elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Essa experiência permitiu mais veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e para a própria organização da atenção à saúde nos municípios, favorecendo a gestão dos processos de descentralização e regionalização do SUS (FARIA et al., 2010).

Tornou-se política oficial do Ministério da Saúde em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em todo o território nacional. E em 1994, tendo como referência as experiências desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra e em função dos bons resultados obtidos com o PACS, criou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), que instituiu uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde em equipe, visando um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias (FARIA et al., 2010) .

A edição da Norma Operacional Básica do SUS nº. 01 de 1996 (NOB 96) enfatizou a Atenção Básica à Saúde como eixo estruturante do modelo de atenção do SUS ao adotar o PACS/PSF como estratégia fundamental na organização das ações de atenção básica. Essa estratégia foi apoiada por meio de uma política de financiamento que, a partir de sua vigência, em 1998, criou incentivos fundamentais para o processo de sua implantação nos municípios, em todo o território nacional (BRASIL, 1996 apud FARIA et al., 2010).

Atuando no espaço da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família propõe-se a potencializar a construção do modelo proposto pelo SUS, apresentando uma proposta substitutiva ao formato anterior de organização dos serviços de saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras. Assume um conceito ampliado de saúde que visa à compreensão do processo saúde/doença “na sociedade” e não apenas “no corpo” das pessoas. Elege como pontos centrais a responsabilização por um determinado território e, por meio de ações inter e multiprofissionais, busca a criação de laços de compromisso entre os profissionais e a população. Nessa perspectiva, toma a família como objeto precípua da atenção, entendida a partir do meio onde vive e das relações ali estabelecidas, destacando a história de organização de cada sociedade e as diversas estruturas sociais e culturais dela decorrentes (FARIA et al., 2010).

5.2 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Ela oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa e não direcionada para a enfermidade no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (SHIMAZAKI, 2009).

Constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo”, devendo valorizar e priorizar as atividades de promoção da saúde, reconhecer a saúde como direito e orientar-se pelos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se a universalidade, a acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade (SHIMAZAKI, 2009).

De acordo SHIMAZAKI (2009), a APS deve ser orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar, enfoque comunitário, como veremos abaixo.

- Primeiro contato: a APS é o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para a rede de atenção à saúde;

- Longitudinalidade: lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos ao longo do tempo;
- Integralidade: a APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e coordenar a prestação dos serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção da rede;
- Coordenação do cuidado: a equipe se responsabiliza pelo cuidado necessário ao usuário, seja ele feito na Unidade Básica ou em qualquer outro ponto de atenção;
- Centralização na família: remete ao conhecimento, pela equipe de saúde, dos membros da família e dos seus problemas de saúde;
- Orientação comunitária: utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar, para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida.

O acesso à APS é importante na redução da morbidade e mortalidade. A longitudinalidade está associada a diversos benefícios como menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças preveníveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos (SHIMAZAKI, 2009).

O modelo de governança da estratégia de saúde em Belo Horizonte é pautado na gestão do cuidado em rede, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, por atender e resolver a maior parte das suas necessidades (BELO HORIZONTE, 2018).

5.3 Os Benzodiazepínicos

A era dos benzodiazepínicos se iniciou a partir de 1957 quando foi sintetizado o clordiazepóxido, lançado comercialmente em 1960, e a partir de alterações estruturais na molécula original criado diversos derivados BDZs. Desde então, houve um grande aumento de drogas psicoativas por todo o mundo, sendo a enorme popularidade devido tais drogas terem efeitos ansiolíticos e hipnóticos, aliada à uma margem de segurança (BERNIK et al., 1990).

Entretanto, a empolgação inicial com a descoberta deu lugar à preocupação, no final da década de 70, quando os primeiros pesquisadores alertaram para os riscos de dependência, sintomas de abstinência e potencial abuso (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA E NEUROLOGIA, 2013).

A Diretriz da Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Brasileira de Neurologia (2013, p.3) relata que, atualmente

[...] estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário, sendo maior a incidência em mulheres acima de 50 anos com problemas médicos e psiquiátricos. Atualmente 1 em cada 10 adultos recebem prescrições de BDZs a cada ano, a maioria por clínicos gerais. Os BDZs são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos. Estima-se que cada clínico tenha em sua lista 50 pacientes dependentes de BDZs, metade destes gostariam de parar o uso e, no entanto, 30% pensam que o uso é estimulado pelos médicos.

Os BDZs potencializam o efeito do neurotransmissor ácido gama-aminobutírico (GABA), o que resulta em propriedades sedativas, hipnóticas, ansiolíticas, anticonvulsivantes e de relaxamento muscular (BRANCO; SANTANTA; MIRANDA-SCIPPA, 2013).

Os BDZs podem ser utilizados para transtornos de ansiedade ou como coadjuvantes em outros diversos transtornos psiquiátricos como psicóticos, do sono, na depressão, na mania. São indicados no tratamento de epilepsia, nas crises agudas ou no tratamento profilático. E usados também nas crises de abstinência alcoólica e agitação psicomotoras (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA E NEUROLOGIA, 2013; BRANCO; SANTANTA; MIRANDA-SCIPPA, 2013).

Entretanto, não são medicamentos de primeira linha para distúrbios do sono, pois além de gerar dependência e tolerância, têm meia vida inadequada para o tratamento de insônia primária e diminuem o tempo de sono de movimento rápido dos olhos (sono REM) e as ondas lentas em visualização no eletroencefalograma (EEG). Logo, apesar do indivíduo dormir por tempo adequado, pode acordar cansado porque o sono pode não ter sido restaurador (BRANCO; SANTANTA; MIRANDA-SCIPPA, 2013).

A utilização dos BDZs a longo prazo é controversa. O uso por períodos maiores que quatro a seis semanas já podem levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência (ORLANDI; NOTO, 2005).

Apesar de existirem protocolos sugerindo limitar o uso a poucas semanas, o consumo de BDZ frequentemente é crônico. Alguns efeitos adversos incluem sedação,

comprometimento cognitivo e psicomotor, depressão e dependência química. O tempo para o surgimento destes efeitos e a sua gravidade variam de acordo com o pico plasmático da droga e a duração de ação de cada medicamento (BRANCO; SANTANTA; MIRANDA-SCIPPA, 2013; LADER, 2012).

Os idosos procuram e encontram no BDZ uma poderosa estratégia para lidar com a ansiedade, insônia e conviver com os problemas da vida. Entretanto, deve-se ter ainda mais cautela na prescrição de BDZ nesses indivíduos. Os BDZ têm efeito sedativo moderado a forte, provocando, direta ou indiretamente, quedas e confusão mental, além de dependência e tolerância e, portanto, devem ser proscritos (ALVARENGA, 2014; CHAIMOWICZ, 2018).

De acordo com BRANCO et al. (2013), alguns cuidados são necessários quando se decide iniciar o uso do BDZ, como:

- Estabelecer por quanto tempo o medicamento será utilizado. Em geral, limita-se o emprego de BDZ a 4-6 semanas, pois, quando o tratamento é mais prolongado, o risco de tolerância e dependência à droga aumenta;
- Evitar a utilização de BDZ em indivíduos com mais de 65 anos, devido ao risco maior de queda, tontura, disfunção cognitiva e efeito paradoxal. Caso seja necessário o uso, iniciar com metade da dose prescrita para adultos jovens;
- Evitar a utilização de BDZ em indivíduos com história de abuso a outras substâncias psicotrópicas;
- Evitar ao máximo o emprego de BDZ em gestantes e lactantes, uma vez que esses fármacos atravessam a placenta e são expelidos com o leite materno.
- Em poucos casos, os BDZ deverão ser prescritos cronicamente: transtornos de ansiedade graves não responsivos a outros medicamentos; epilepsia refratária a outras drogas antiepilépticas (DAE). Esses são casos, nos quais os benefícios superam claramente os riscos.

A Diretriz da Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Brasileira de Neurologia (2013, p.6) há populações que apresentam risco especial para desenvolvimento de dependência destas drogas, como:

- Pacientes com transtornos mentais;
- Pessoas com problemas por uso de outras substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas;
- Mulheres acima de 50 anos; e
- Pessoas com insônia ou outros transtornos do sono mal identificados e tratados.

Assim, antes que o paciente comece a sofrer os sintomas de dependência aos BDZ, o que se deve fazer, é a sua retirada gradual. De acordo Nastasy (2002), as técnicas

utilizadas pelos médicos variam, alguns preferem reduzir um quarto da dose por semana, outros negociam com o paciente um prazo, em torno de seis a oito semanas. Geralmente, os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e plausíveis de serem concluídos nas primeiras duas semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a retirada satisfatória.

De acordo a Associação Brasileira de Psiquiatria e Neurologia (2013) além da retirada gradual, outra coisa que se pode fazer é substituir os BDZ por medicamentos com menos efeitos colaterais, no tratamento de distúrbios de ansiedade e insônia, por exemplo, os pertencentes à classe dos inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRS), por exemplo fluoxetina, sertralina, paroxetina, escitalopram. E é importante informar ao paciente sobre o uso de medidas não farmacológicas no combate à insônia, como evitar cafeína, praticar exercícios físicos, alimentação mais leve à noite; e combate a ansiedade como oração, meditação e psicoterapia.

Com relação ao uso ansiolítico, os ISRS são favorecidos como drogas de primeira escolha, a pregabalina é considerada um padrão para pacientes que não toleram ISRS ou antidepressivos inibidores da serotonina-noradrenalina (IRSNS), como venlafaxina e duloxetina (LADER, 2012).

Dessa forma, anticonvulsivantes e antidepressivos estão entre os medicamentos mais frequentemente avaliados como tratamento substitutivo aos BDZs. Também já foi investigada a interrupção abrupta do tratamento seguida da administração de flumazenil (um antagonista do receptor de benzodiazepina), mas a viabilidade dessa abordagem é limitada pela formulação da administração intravenosa e pela necessidade de monitoramento médico contínuo (BAANDRUP et al., 2018).

A esse respeito, a carbamazepina tem sido uma das drogas mais promissoras até o momento, mas outras drogas são mais acessíveis, como a melatonina para combater a insônia desenvolvida como parte da síndrome de abstinência ou a pregabalina para reduzir os sintomas de ansiedade geral surgindo ou piorando quando os benzodiazepínicos são retirados (BAANDRUP et al., 2018).

Os BDZs são indicados para o tratamento de Transtorno de Ansiedade apenas como uma medida de curto prazo, de 2 a 4 semanas, durante as crises graves. E estes

também só devem ser usados para tratar a insônia quando ela é grave, incapacitante ou sujeita o indivíduo a um sofrimento extremo. Neste caso, uma alternativa aos BDZs e hipnóticos é a formulação de liberação prolongada de melatonina, como citado acima. Alternativas off-label incluem antidepressivos sedativos como a mirtazapina ou anti-histamínicos sedativos (LADER, 2012).

De acordo Lader (2012), alguns usuários de longo prazo exigem regimes prolongados de retirada ao longo de meses ou anos. Uma estratégia clínica melhor seria retirar o BDZ por dois a três meses, mas desacelerar se os sintomas se tornarem muito graves.

Um terço dos usuários de longo prazo (além de 6 meses) apresentem sintomas e sinais ao tentar se retirar como ansiedade, insônia, pesadelos, comprometimentos de memória, espasmos musculares e tensão e hipersensibilidade perceptiva, como fobia e hiperacusia. Os sintomas geralmente desaparecem em dois a quatro semanas, mas podem ser prolongados. As reações mais graves são incomuns, incluem ataques e psicose.

Os sintomas de abstinência, muitas vezes se assemelham aos sintomas que levaram à prescrição inicial do BDZ, levando erroneamente pacientes e cuidadores a supor que a prescrição continuada é necessária. A descontinuação é, portanto, complicada por uma mistura de sintomas de abstinência e sintomas originais que podem ocorrer de forma exagerada. As intervenções psicológicas, por exemplo, treinamento de relaxamento, psicoeducação, para o gerenciamento de sintomas de rebote são superiores à redução gradual da dose isolada em pacientes em tratamento primário (BAANDRUP et al., 2018).

Cerca de dois terços dos pacientes conseguem parar completamente o uso dos BDZ com uma programação lenta e gradual. A maioria dos demais obtém alguma redução de dose. Falhas repetidas, no entanto, o suporte com doses baixas pode ser o resultado ideal. Depressão comórbida, uso de álcool e idade avançada são fatores prognósticos ruins (LADER, 2012).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Uso crônico de Benzodiazepínicos”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional elaborado por Faria et al (2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Descrever um problema é caracterizá-lo para saber a sua dimensão e o que ele representa na realidade. Para definição do problema priorizado nesse trabalho, foi feita observação da grande demanda para renovação de receita de benzodiazepínicos e revisão de dados dos prontuários. Como visto, a equipe verde possui por volta de 3500 usuários, sendo 60% destes adultos e 17% idosos. De acordo observação e avaliação de prontuários, os idosos representam o grupo que mais faz uso crônico dos benzodiazepínicos e uma porcentagem dos adultos se enquadram nesse cenário. Por volta de 300 usuários (8,5% do total) da nossa equipe fazem uso crônico de psicotrópicos, dentre eles os benzodiazepínicos (entre 70 a 100 usuários – aproximadamente 2 % do total).

Foi possível notar na pratica grande número de renovações de receitas de benzodiazepínicos (clonazepam, diazepam, alprazolam, por exemplo), sem realização de nenhum acompanhamento periódico dos usuários e nem oferecidas outras alternativas medicamentosas e não medicamentosas.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Foi observado que a maioria dos pacientes inicia o uso dos benzodiazepínicos por algum quadro de insônia, ansiedade, estresse, relações familiares conflituosas, ausências de atividades e áreas de lazer, insatisfação pessoal, profissional e financeira.

E a renovação de receita sendo feita sem a devida reavaliação e escuta do paciente para entender a real causa do problema, verificação da necessidade de manutenção da medicação e início de um protocolo de tentativa de desmame como estimular

outras atividades como a higiene do sono, psicoterapia, pratica de exercícios físicos que podem auxiliar na melhora do quadro e reduzir ou retirar a medicação por completo do paciente.

Nos deparamos também com profissionais de saúde focados mais na doença e do que pessoa como um todo e pacientes que não tem a noção dos efeitos colaterais e os prejuízos que podem ser causados com o uso em longo prazo dessas medicações.

Uma outra explicação, seria o fácil acesso aos medicamentos devido fornecimento gratuito pelo SUS e a falta de controle da farmácia, da equipe de saúde e dos gestores do número de usuários de BDZs.

Também há falta de informações adequadas nos prontuários como, por exemplo, informações sobre a indicação inicial do medicamento, tempo de utilização e a forma de utilização, incentivo às alternativas de tratamento medicamentosas e não medicamentosas. E falta de uma equipe de saúde mental de referência (psiquiatra e psicólogo) para oferecer apoio psicossocial, treinamento de habilidades para conter a ansiedade, psicoterapia e psicofarmacoterapia de estados depressivos subjacentes.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Alguns “nós críticos”, ou seja, causas consideradas importantes na origem do problema acima são citadas a seguir:

- Conflitos sociais (família, insatisfação pessoal, financeira e profissional), poucas opções de entretenimento, solidão;
- Falta de informação dos pacientes sobre o medicamento e os seus efeitos colaterais;
- Falta de acesso a consultas com o psiquiatra e psicólogo;
- Profissionais de saúde focados na doença e não na pessoa como um todo;
- Renovação de receita sem a devida reavaliação do paciente;

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

De acordo Faria et al (2018), após a identificação das causas consideradas mais importantes, os nós críticos, são necessários elaborar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema. Um plano de ação é composto de operações desenhadas, ou seja, um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano para enfrentar e impactar os nós críticos do problema selecionado, como veremos nos quadros abaixo.

Essas operações consomem vários tipos de recursos, como os econômicos ou financeiros, organizacionais (estrutura física, recursos humanos, equipamentos), cognitivos e de poder (políticos). Entre os passos do PES estão a identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo de acordo cada nó crítico (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018)

Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza deles para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. Para cada recurso crítico, deve-se definir os responsáveis pelas operações (ator que controla). A ideia central da análise de viabilidade é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Deve-se também elaborar um plano operativo, cujo objetivo é: designar os responsáveis ou gerentes por cada operação/projeto; e definir os prazos para a execução das operações. Sendo o gerente é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano, que consiste monitoramento e avaliação, com acompanhamento diário, semanal ou mensal, com objetivo de identificação de fragilidades e a busca de sua solução em tempo hábil (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Quadro 2: Operações sobre o “*nó crítico 1*” relacionado ao problema “Uso crônico de Benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do Centro Saúde Tirol, no município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Conflitos sociais (família, insatisfação pessoal, financeira e profissional), poucas opções de entretenimento, solidão
Operação	Disponibilizar opções de lazer/ entretenimento.
Projeto	Mente Saudável
Resultados esperados	Melhorar a saúde mental dos pacientes.
Produtos esperados	Criação de espaços de lazer, atividades esportivas e culturais
Recursos necessários	Organizacionais: utilização de estruturas físicas existentes, recursos humanos e equipamentos que viabilizem as atividades. Cognitivo: conhecimento sobre cultura, lazer e esportes. Financeiros: verba para financiar a estruturação do espaço de lazer. Políticos: liberação de recursos e apoio a realização das atividades.
Recursos críticos	Financeiros: verba para financiar a estruturação do espaço de lazer. Políticos: liberação de recursos e apoio a realização das atividades.
Controle dos recursos críticos	Coordenação do ESF (favorável) e Secretária de Saúde (indiferente)
Ações estratégicas	Apresentar o projeto e propostas
Prazo	3 meses para início das atividades
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe de Saúde e NASF (Fisioterapeuta e Educadora Física)
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Será realizado pela Equipe de Saúde. Mensalmente: o gerente do projeto vai expor suas facilidades e dificuldades e os resultados obtidos. Semestralmente: avaliação geral nos resultados Anualmente: nova avaliação geral com objetivo de verificar se o objetivo foi alcançado

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 3: Operações sobre o “*nó crítico 2*” relacionado ao problema “Uso crônico de Benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do Centro Saúde Tirol, no município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Falta de informação dos pacientes sobre o medicamento e os seus efeitos colaterais
Operação	Informar sobre os BDZs e os riscos do uso contínuo; Discutir tratamentos alternativos
Projeto	Conhecendo mais sobre os BDZs
Resultados esperados	Pacientes mais conscientes sobre o uso do medicamento e seus efeitos colaterais e reduzir o número de usuários de BDZs
Produtos esperados	Realização de palestras e elaboração panfletos educativos sobre os BDZs
Recursos necessários	Organizacionais: utilização de estruturas físicas existentes. Cognitivo: equipe de saúde com conhecimento sobre o manejo do problema, através do estudo e pesquisa sobre os BDZs. Financeiros: folhetos educativos e recursos audiovisuais. Político: mobilização social, participação da equipe de saúde e dos gestores.
Recursos críticos	Cognitivo: equipe de saúde com conhecimento sobre o manejo do problema, através do estudo e pesquisa sobre os BDZ. Financeiros: folhetos educativos e recursos audiovisuais.
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde (favorável)
Ações estratégicas	Não é necessária nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados
Prazo	3 meses para início das atividades
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, Psiquiatra e Psicólogo
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Será realizado pela Equipe de Saúde. Mensalmente: o gerente do projeto vai expor suas facilidades e dificuldades e os resultados obtidos. Semestralmente: avaliação geral nos resultados Anualmente: nova avaliação geral com objetivo de verificar se o objetivo foi o alcançado

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 4: Operações sobre o “*nó crítico 3*” relacionado ao problema “Uso crônico de Benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do Centro Saúde Tirol, no município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Falta de acesso a consultas com o psiquiatra e psicólogo
Operação	Aumentar o acesso dos usuários a esses profissionais
Projeto	Mais acesso a especialistas
Resultados esperados	Sistema de Referência e Contra referência efetivo e eficaz, atendendo todos os usuários que necessitam.
Produtos esperados	Atendimentos individuais e em grupos; Palestras educativas.
Recursos necessários	Organizacional: profissional para acompanhar os pacientes e serviço organizado para atendê-los. Cognitivo: profissionais capacitados e qualificados para o serviço. Financeiro: gestor buscar recursos para o serviço de saúde. Político: mobilização para contratação de profissionais para o cuidado da saúde mental dos usuários.
Recursos críticos	Financeiro: gestor buscar recursos para a estrutura do serviço. Político: mobilização para contratação de profissionais para o cuidado da saúde mental dos usuários.
Controle dos recursos críticos	Coordenação do ESF (favorável) e Secretária de Saúde (favorável)
Ações estratégicas	Apresentar o projeto e propostas, mostrando a necessidade de mais especialistas para suprir a alta demanda da unidade
Prazo	Início imediato (recentemente foi contratado um psicólogo e um psiquiatra para a unidade)
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeiro da equipe
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Será realizado pela Equipe de Saúde. Mensalmente: o gerente do projeto vai expor suas facilidades e dificuldades e os resultados obtidos. Semestralmente: avaliação geral nos resultados Anualmente: nova avaliação geral com objetivo de verificar se o objetivo foi o alcançado

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 5: Operações sobre o “*nó crítico 4*” relacionado ao problema “Uso crônico de Benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do Centro Saúde Tirol, no município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Profissionais de Saúde focados na doença e não na pessoa
Operação	Incentivar consultas com foco na pessoa e não na doença
Projeto	Cuidado Integral
Resultados esperados	Atendimentos focados no cuidado integral, avaliando o paciente como um todo (questões orgânicas, psicológicas e sociais)
Produtos esperados	Programas de capacitação profissional visando o atendimento centrado na pessoa e incentivando o estudo terapias alternativas aos medicamentos
Recursos necessários	Organizacional: profissionais de saúde, estrutura física e serviço organizado viabilizando tempo necessário para uma consulta de acordo as necessidades de cada indivíduo. Cognitivo: profissionais capacitados e qualificados para o serviço. Financeiro: verba para financiar cursos de capacitação para os profissionais de saúde. Político: liberação de recursos e apoio as atividades.
Recursos críticos	Financeiro: verba para financiar cursos de capacitação aos profissionais de saúde. Político: liberação de recursos e apoio as atividades.
Controle dos recursos críticos	Secretária de Saúde (indiferente)
Ações estratégicas	Apresentar o projeto e propostas
Prazo	3 meses para início das atividades
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e Enfermeiro da equipe
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Será realizado pela Equipe de Saúde. Mensalmente: o gerente do projeto vai expor suas facilidades e dificuldades e os resultados obtidos. Semestralmente: avaliação geral nos resultados Anualmente: nova avaliação geral com objetivo de verificar se o objetivo foi o alcançado

Fonte: Autoria própria (2019)

Quadro 6: Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Uso crônico de Benzodiazepínicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Verde, do Centro Saúde Tirol, no município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 5	Renovação de receita sem a devida reavaliação do paciente
Operação	Conscientizar os profissionais de saúde e os usuários da importância de uma avaliação médica antes da renovação da receita
Projeto	Prescrição ideal
Resultados esperados	Garantir que sempre se tenha uma consulta médica, com avaliação do usuário, para adequação da prescrição ou da descontinuidade do tratamento
Produtos esperados	Consultas agendadas para a avaliação dos pacientes; Fazer protocolos para desmame dos BDZs; Incentivar terapias não medicamentosas no tratamento dos usuários.
Recursos necessários	Organizacional: profissionais de saúde, estrutura física e serviço organizados para tal operação. Cognitivo: profissionais capacitados e qualificados para o serviço. Financeiro: folhetos educativos e recursos audiovisuais. Político: mobilização da equipe saúde e dos usuários.
Recursos críticos	Financeiro: folhetos educativos e recursos audiovisuais. Político: mobilização da equipe saúde e dos usuários
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde (Favorável)
Ações estratégicas	Motivação da equipe e usuários com palestras de conscientização
Prazo	Três meses para início das atividades
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico da equipe
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Será realizado pela Equipe de Saúde. Mensalmente: o gerente do projeto vai expor suas facilidades e dificuldades e os resultados obtidos. Semestralmente: avaliação geral nos resultados Anualmente: nova avaliação geral com objetivo de verificar se o objetivo foi o alcançado

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos no decorrer do trabalho, o problema abordado tem uma grande relevância devido à quantidade de pessoas ao redor do mundo que fazendo uso desse medicamento diariamente. No Centro de Saúde Tirol a situação não é diferente, temos uma parcela significativa dos usuários que fazem uso dos BDZs indiscriminadamente, por um longo prazo, sem nenhuma reavaliação ou tentativa de desmame.

De acordo a literatura, os BDZs são indicados em algumas situações em curto prazo como transtorno de ansiedade grave, agitação psicomotora, epilepsia, abstinência alcoólica e só devem ser mantidas no longo prazo quando o benefício superar o risco, por exemplo, em casos de epilepsia refratária a outras drogas.

Recorrentemente os BDZs são utilizados para distúrbios do sono, porém não há indicação da droga para tratamento insônia primária devido meia vida inadequada, reduzir o sono REM, além de levar a tolerância e dependência.

Entre os efeitos colaterais mais comuns desses medicamentos estão a confusão mental, tontura, sedação excessiva, quedas e fraturas delírios e problemas cognitivos. Muitos usuários desconhecem esses efeitos, outros mesmo que saibam, continuam a utilizar de maneira inadequada. Os idosos são os que mais utilizam e que são mais afetados pelos efeitos adversos citados.

A dependência ao BZD é conhecida e pode ser prevenida pela limitação do uso a um período quatro a seis semanas. É necessário considerar o risco-benefício na prescrição destes medicamentos, explicar o que são os BDZ e seus efeitos no uso a longo prazo, avaliar alternativas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas e discutir com os pacientes crônicos a importância da retirada.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, J. M et al. Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 866-872, Dec. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA E NEUROLOGIA. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. **Projeto Diretrizes - AMB**. Rio de Janeiro, 2013. 54 p. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf> . Acesso em: 06 jun. 2019.

BAANDRUP, L. et al. Pharmacological interventions for benzodiazepine discontinuation in chronic benzodiazepine users. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 15, n. 3, 2018.

BAIRROS DE BELO HORIZONTE. A clássica história de Bh. Disponível em: <https://bairrosdebelohorizonte.webnode.com.br/news/a-classica-historia-de-bh/>. Acesso em: 24 nov. 2019.

BAIRROS DE BELO HORIZONTE. Bairros da Região do Barreiro. Disponível em: <https://bairrosdebelohorizonte.webnode.com.br/bairros%20da%20regiao%20do%20barreiro/>. Acesso em: 4 nov. 2019.

BRANCO, L. C; SANTANA, L. R; MIRANDA-SCIPPA, A. Benzodiazepínicos: Características, Indicações, Vantagens e Desvantagens. **Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COMHUPES): Diretrizes Clínicas**. UFBA, abr./2013. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/1975526/2520527/Diretriz_27_Benzodiazepinicos_caracteristicas_indicacoes_vantagens_e_desvantagens.pdf/8d736590-40fe-4d67-9b7e-32f8fd3aae69. Acesso em: 6 jun. 2019.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2019.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Regional Barreiro. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/barreiro>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Saúde. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>. Acesso em: 13 mai. 2019.

BERNIK, M. A. et al. Benzodiazepínicos padrões de uso, tolerância e dependência. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.48, n.1, p.131-137, 1990.

CHAIMOWICZ, F. Rede de atenção: saúde do idoso. Belo Horizonte: **NESCON/UFMG**, 2018. 172p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Rede-atencao_saude_do_idoso_Vers%C3%A3o_Final.pdf. Acesso 13 ago. 2019.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: **Nescon /UFMG**, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf. Acesso 06 maio. 2019.

FARIA, H. P. de; CAMPOS, F. C. C. de ; SANTOS, M. A. dos . Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. **NESCON/UFMG** - Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família . Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 98p.

FARIA, H. P. de; COELHO, I. B; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. Modelo assistencial e atenção básica em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: **NESCON/UFMG/COOPEMED**. 2010. 68

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Belo Horizonte. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>>. Acesso em: 13 maio de 2019.

LADER, M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? **Br J ClinPharmacol**, v.77, n.2, p.295-301. 2012.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan-Americana de Saúde**. Brasília, 2012.

NASTASY, H. et al. Abuso e uso de benzodiazepínicos. **Projeto Diretrizes – AMB e CFM**, 2002. Disponível em https://www.fmb.unesp.br/Home/ensino/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiquiatria/ViverBem/Consenso_benzodiazepinicos.pdf. Acesso em: 29 set. 2019.

ORLANDI, P; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, 896-902, 2005.

SMSA. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Intranet. Disponível em: <<http://intranet.smsa.pbh/cgi/tabcgi.exe?simwebr/simwebtabnet.def>>. Acesso em: 13 maio, 2019.

SHIMAZAKI, M. E. (Org.). A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: **ESPMG**, 2009. P. 10-16.

THE CITIES. Belo Horizonte. Disponível em: <https://www.thecities.com.br/Brasil/Minas-Gerais/Belo-Horizonte/Hist%C3%B3ria/1763/> . Acesso em: 24 nov. 2019.