

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

**ALLAN SOUSA TELES**

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICO: proposta de**  
**intervenção**

**GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS**  
**2014**

**ALLAN SOUSA TELES**

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICO: proposta de  
intervenção**

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

Orientador: Prof. Alexandre de Araújo Pereira

**GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS**

2014

**ALLAN SOUSA TELES**

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICO: proposta de  
intervenção**

Banca Examinadora

Prof. Alexandre de Araújo Pereira – Orientador

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – Examinador (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte em: 2 de maio de 2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo grandioso empenho em tornar-me médico, nunca me deixando perder a capacidade de sonhar, mas incentivando-me em cada degrau dessa jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho. Aos Mestres pela dedicação. Ao Prof. orientador Alexandre de Araújo Pereira, pela disponibilidade de discussão e orientação.

## RESUMO

Os benzodiazepínicos (BZDS) são psicofármacos classicamente usados para tratar ansiedade e distúrbios do sono. Tornaram-se disponíveis a partir da década de 1960 e, desde então, estão entre os mais prescritos no mundo. Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso contínuo. no Brasil é a terceira classe de drogas mais prescritas, sendo utilizada por aproximadamente 4% da população. Estima-se que seu consumo dobra a cada cinco anos. Esses dados confirmam o consumo crescente de BZDS como resultado de uma menor tolerância ao estresse, da introdução profusa de novas drogas e da pressão da indústria farmacêutica ou, ainda, dos hábitos de prescrição médica inadequada. Automedicação e o uso abusivo dos BZDS pelos usuários é um aspecto que permeia esse cenário, sendo comumente substituídos, assim como indicados a familiares, amigos ou vizinhos. Outros pacientes informam o uso casual da medicação ou apenas nos períodos “sintomáticos”. Essas atitudes demonstram uma falta de conhecimento sobre a ação dos BZDS, seus efeitos colaterais e a importância de um diagnóstico correto para se recomendar e manter o uso. Este trabalho teve como objetivo propor um plano de ação para redirecionar a assistência na saúde mental na comunidade da área de abrangência da Equipe Branca da Unidade Básica de Saúde Pedro Guerra. Foi realizada uma revisão bibliográfica com a finalidade de buscar as evidências já existentes sobre as abordagens de enfrentamento do uso abusivo de benzodiazepínicos. Considerando-se a atual necessidade de redução/contenção do uso de BZDS, a abordagem dos pacientes em grupos de autoajuda apresenta-se como uma estratégia promissora. Os grupos de autoajuda conferem promoção de saúde e capacitação do autocuidado entre a comunidade com sofrimento mental, podendo refletir em uma redução da demanda por consultas médicas relacionadas a queixas psicossomáticas e da medicalização desses pacientes, além de garantir maior sucesso do tratamento e da estabilização dos mesmos. Espera-se que esta proposta venha contribuir para a redução do uso abusivo de benzodiazepínicos na comunidade de atuação da Equipe Branca da Unidade Básica de Saúde Pedro Guerra.

**Palavras-chave:** Benzodiazepínicos. Saúde Mental. Transtornos mentais.

## ABSTRACT

Benzodiazepines ( BZDs ) are psychoactive drugs classically used to treat anxiety and sleep disorders. Became available from the 1960s and, since then, are among the most prescribed in the world. It is estimated that 50 million people make continuous use. in Brazil is the third most commonly prescribed class of drugs, being used by approximately 4 % of the population. It is estimated that consumption doubles every five years. These data confirm the increasing consumption of benzodiazepines as a result of a lower tolerance to stress, profuse introduction of new drugs and pressure from the pharmaceutical industry or even the habits of improper prescription. Self-medication and the abuse of benzodiazepines by users is one aspect that permeates this scenario, commonly being replaced, as indicated to family, friends or neighbors. Other patients report the casual use of medication or just the " symptomatic " periods. These actions demonstrate a lack of knowledge about the action of benzodiazepines, their side effects and the importance of a correct diagnosis and recommend to keep using. This work aimed to propose an action plan to redirect assistance in mental health in the catchment area community of the White Team from Basic Health Unit Pedro Guerra. A literature review with the purpose of searching the existing evidence on the approaches to cope with abuse of benzodiazepines was performed. Given the current need to reduce / contain the use of benzodiazepines, the management of patients in self-help groups is presented as a promising strategy. Self-help groups provide health promotion and empowerment of self-care among the community with mental distress, which may reflect a reduction in the demand for medical appointments related to psychosomatic complaints and the medicalization of these patients, in addition to increasing the success of the treatment and stabilization of thereof. It is expected that this proposal will contribute to reducing the abuse of benzodiazepines acting on the White Team's community from Basic Health Unit Pedro Guerra.

**Key-words:** Benzodiazepines. Mental Health. Disorders Mental.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	9
1.1 Problema	10
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	12
<b>3 OBJETIVOS</b>	13
3.1 Geral	13
3.2 Específicos	13
<b>4 METODOLOGIA</b>	14
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	15
<b>6 CRONOGRAMA</b>	22
<b>7 RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	24
<b>8 RESULTADOS ESPERADOS</b>	28
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	30
<b>REFERÊNCIAS</b>	31



## 1 INTRODUÇÃO

Coronel Fabriciano é o centro geográfico da Região Metropolitana do Vale do Aço, localizada no Leste de Minas Gerais distando 14,3 Km de Ipatinga e 201 Km de Belo Horizonte. A cidade faz limites com os municípios de Joanésia e Mesquita ao norte, Ferros ao oeste, Ipatinga ao leste e Timóteo ao sul, sendo muito ligada principalmente às duas últimas citadas, com as quais forma uma conurbação. O intenso crescimento dessa região tornou inexistente as fronteiras políticas entre seus municípios, originando a Região Metropolitana do Vale do Aço, que envolve, além de Coronel Fabriciano, as cidades de Ipatinga, Santana do Paraíso e Timóteo, somados aos outros 22 municípios que fazem parte do chamado colar metropolitano.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Pedro Guerra, registrada sob o número 2140985 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), localiza-se à Rua Bolívia, sem número, Bairro Santa Cruz e presta atendimento a 30% da população total do município de Coronel Fabriciano, com horário de funcionamento de 07:00 às 19:00 horas.

A Equipe Branca dessa unidade, objeto desse estudo, atende aos bairros Sílvio Pereira I e Santa Rita. Segundo os dados disponibilizados pelas atuais 12 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), possui 1.113 famílias acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma população de 3.775 habitantes, dos quais 97% são alfabetizados, com pelo menos, o ensino fundamental.

Os principais postos de trabalho da população local compreendem o comércio, a construção civil, os serviços domésticos, a indústria (com destaque para a Metalurgia) e o funcionalismo público. Alguns moradores vivem de sua aposentadoria e outros de serviço informal, alguns, inclusive, sem contribuir com a Previdência Social.

Essa população vive em área urbana, com acesso a saneamento básico, água tratada, energia elétrica, educação, mas em alguns casos, sem recolhimento de esgoto por rede pública.

Segundo informações das ACS, as famílias locais apresentam um padrão que é muito frequente, em que o patriarca é etilista crônico, os filhos são usuários de

drogas lícitas ou ilícitas e a matriarca, como consequência desse cenário familiar, apresenta distúrbio do humor e faz uso de medicação controlada.

O uso indiscriminado de antidepressivos e sedativos pelos usuários pode ser considerado uma forma de refúgio ao sofrimento psíquico que enfrentam. Sofrimento esse, gerado pelo estresse e pelos determinantes socioeconômicos, sejam a pobreza, os problemas familiares, as relações interpessoais desgastadas ou o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas por membro da família.

Este trabalho tem como tema a abordagem do uso indiscriminado de medicamentos controlados, com foco nos Benzodiazepínicos, entre a população adscrita à área de abrangência da Equipe Branca da UBS Pedro Guerra.

### 1.1 Problema

O cenário familiar e social apresentado foi um importante estímulo à busca da medicalização. Com a fragilidade da atenção primária à saúde no município, observou-se a prática da renovação dessas medicações controladas por vários anos, sem reavaliação adequada dos casos de depressão, ansiedade e outras doenças mentais, que podem inclusive ter evoluído com cura ou regressão em alguns casos.

É comum entre os usuários a troca de medicação ou sua indicação a familiares, amigos ou vizinhos. Em alguns cartões azuis observa-se a permuta entre classes distintas de antidepressivos, conforme sua disponibilidade na farmácia UBS. Outros usuários informam o uso casual da medicação, em dias alternados ou apenas nos momentos considerados “sintomáticos”.

Essas atitudes dos usuários demonstram uma falta de conhecimento sobre a ação dos antidepressivos e sedativos, seus efeitos colaterais e a importância de um diagnóstico correto por profissional médico e acompanhamento periódico para a indicação e continuação desses fármacos.

O uso excessivo de medicação controlada observado na comunidade local possui relação com os seguintes nós críticos:

- Prática médica fragilizada, centrada na doença, o que dificulta o vínculo com o usuário e um melhor entendimento do seu estado de saúde mental.
- Deficiência de informação dos usuários quanto às doenças mentais e seu tratamento.
- Foco na doença em detrimento do entendimento da pessoa e seus problemas.
- Os próprios problemas familiares, sociais e financeiros que afetam a população local, dentre eles, o uso de drogas.

Portanto é relevante trabalhar este problema do uso abusivo dos benzodiazepínicos na comunidade e assim, buscar melhorar a qualidade de vida desses cidadãos.

## **2 JUSTIFICATIVA**

A renovação de receitas de medicamentos controlados é um motivo frequente de procura dos usuários da Equipe Branca por atendimento médico. Muitas vezes, devido à grande demanda por consultas médicas, o profissional de saúde não

consegue executar uma escuta atenta dos problemas desses usuários, praticando a simples renovação da receita, sem explorar suas queixas ou rever seu diagnóstico e resposta ao tratamento. Dessa forma, a relação médico-paciente e o tratamento ficam prejudicados, o que motivou o planejamento de uma estratégia de abordagem à saúde mental na Equipe Branca.

A abordagem dos usuários em grupos de autoajuda, através da priorização de uma prática médica integral, longitudinal, centrada no indivíduo, sua história de vida e inserção social, pode ser uma forma de promoção de saúde e capacitação do autocuidado entre a comunidade com sofrimento mental.

Por fim, o cuidado em saúde mental pode refletir em uma redução da demanda por consultas médicas relacionadas a queixas psicossomáticas e da medicalização desses usuários (ênfase para a redução do uso abusivo de Benzodiazepínicos), além de garantir maior sucesso do tratamento e da estabilização dos mesmos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Propor um plano de ação para redirecionar a assistência na saúde mental na comunidade da área de abrangência da Equipe Branca da Unidade Básica de Saúde Pedro Guerra.

#### **3.2 Específico**

Promover um programa de educação em saúde mental entre os usuários da Equipe Branca da Unidade de Saúde Pedro Guerra, orientado por práticas coletivas, como grupos de reflexão e palestras.

## 4 METODOLOGIA

Foram trabalhadas duas etapas:

- Uma revisão narrativa sobre o uso abusivo dos Benzodiazepínicos e seu reflexo sobre as estratégias de abordagem da Saúde Mental na atualidade da Atenção primária à saúde. A revisão bibliográfica do tema utilizou as bases de dados PubMed Medline e LILACS por meio dos seguintes descritores:

Benzodiazepínicos.

Saúde Mental.

Transtornos mentais

- Os dados da estimativa rápida realizada para subsidiar o diagnóstico situacional onde foram identificados os principais problemas a serem trabalhados na comunidade:

Prática médica fragilizada.

Deficiência de informação.

Foco na doença.

Problemas familiares, sociais e financeiros.

A pesquisa bibliográfica serviu como embasamento teórico para a elaboração de um plano de ação com finalidade de enfrentar o uso excessivo de medicação controlada na comunidade.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Benzodiazepínicos: Indicações e efeitos

Os Benzodiazepínicos (BZDs) são medicamentos psicotrópicos ou psicofármacos, drogas que atuam sobre o sistema nervoso central e são usados para tratar distúrbios da ansiedade, efeito ansiolítico e do sono, efeito sedativo (MENDONÇA; CARVALHO, 2005). É ainda utilizado como terapia adjuvante para tratar pacientes com esquizofrenia, depressão e distúrbios relacionados à abstinência alcoólica, além de seu efeito relaxante muscular e anticonvulsivante (VICENS *et al.*, 2011).

Os BZDs *“são indicados para o tratamento do transtorno de pânico, das fobias e dos quadros de agitação associados a outras condições psicóticas e são as substâncias de escolha para o manejo da ansiedade e da agitação aguda”* (RIO DE JANEIRO, 2006, p. 3).

De acordo com o BZD utilizado algumas dessas propriedades podem prevalecer sobre as outras.

### 5.2 BZD: descoberta e uso abusivo

Os BZDs se tornaram disponíveis a partir da década de 1960 e, desde então, estão entre os psicofármacos mais prescritos (NORDON; HÜBNER, 2009).

O Clordiazepóxido foi o primeiro BDZ a ser lançado no mercado, em 1960, cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorrelaxantes (ORLANDI; NOTO, 2005).

Atualmente, os BZDs estão entre os fármacos mais prescritos no mundo e, estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso contínuo destas substâncias (RIO DE JANEIRO, 2006).

No Brasil, é a terceira classe de drogas mais prescritas, sendo utilizada por aproximadamente 4% da população. Antigamente utilizados para o tratamento de diversas afecções psiquiátricas, com o passar dos anos e o estudo de seus efeitos, os BDZ atualmente são indicados apenas para o tratamento agudo e subagudo de ansiedade e crises convulsivas agudas (NORDON *et al.*, 2010, p.14).

Auchewski *et al.*, 2004, p. 25) dizem que

[...] estima-se que o consumo de benzodiazepínicos dobra a cada cinco anos. Em Belo Horizonte (MG), por exemplo, o uso de agentes ansiolíticos-hipnóticos em idosos atingiu índices de 95% dos entrevistados; em uma pequena cidade de São Paulo, 50% dos entrevistados usavam benzodiazepínicos. Nos anos de 1988 e 1989, o consumo brasileiro de benzodiazepínicos foi de aproximadamente 20 DDDs (doses diárias definidas), semelhante ao dos Estados Unidos.

Segundo Paprocki (1990) citado por Auchewski *et al.*, (2004) o consumo crescente de benzodiazepínicos é resultado de um período particularmente turbulento que caracteriza as últimas décadas da humanidade, com menor tolerância ao estresse, a introdução profusa de novas drogas e a pressão da indústria farmacêutica ou, ainda, hábitos de prescrição médica inadequada.

Entre as décadas de 70 e 80 começou-se a observar o desenvolvimento de tolerância e o potencial surgimento de dependência pelos usuários crônicos de BZDs, conseqüentemente a síndrome de abstinência na tentativa de cessação, além dos seus efeitos colaterais, o que iniciou, mundialmente, uma política de contenção de seu uso. No Brasil, implantou-se, nestas décadas, o uso do formulário azul para descrição desses fármacos (NORDON; HÜBNER, 2009).

Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso desses medicamentos pela população chegou a atingir 11,1% em 1979, diminuindo para 8,3%, em 1990 (ORLANDI; NOTO, 2005).

Segundo Nordon; HÜBNER (2009, p. 66),

a prescrição de BZDs, antes uma panaceia a todos os problemas relacionados à ansiedade e insônia, ficou restrita ao tratamento de



quadros agudos de ansiedade, crises convulsivas e como sedativo para cirurgias, de caráter breve e com a menor quantidade possível.

### **5.3 BZDs: Desenvolvimento de tolerância, dependência e abstinência**

Ultrapassado o período de 4 a 6 semanas de uso, os BZDs podem levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. São fatores de risco para o desenvolvimento de dependência situações como o uso entre mulheres idosas e poliusuários de drogas, para alívio de estresse, de doenças psiquiátricas e de distúrbios do sono. Overdose de BDZs entre as tentativas de suicídio, associados ou não a outras substâncias, também é um evento comum (ORLANDI; NOTO, 2005).

Segundo King (1994), os usuários crônicos de benzodiazepínicos podem ser classificados em 4 tipos principais:

**Usuários médicos** → são indivíduos medicados com benzodiazepínicos por indicação médica, como é o caso dos pacientes portadores de doenças musculoesqueléticas, como espasmos musculares, e neurológicas, como epilepsia. Esses raramente desenvolvem abuso ou dependência dos benzodiazepínicos, quando comparados àqueles com insônia ou estados ansiosos. Uma possível explicação para esta observação clínica é a menor prevalência de características de personalidade e sintomas psiquiátricos entre os pacientes que são medicados por razões médicas

**Usuários diurnos** → são indivíduos que fazem uso de benzodiazepínicos por indicações psiquiátricas, tais como ansiedade crônica, como transtornos fóbicos. Clinicamente, os pacientes caracterizam-se por serem mais jovens, não manifestando doenças físicas e uso dos benzodiazepínicos por curto período de tempo. Supõem-se que um forte preditor de uso prolongado de benzodiazepínico entre estes pacientes é a gravidade dos transtornos psiquiátricos no início do tratamento;

**Usuários noturnos** → esses usuários caracterizam-se pela presença de alterações crônicas do sono. Estima-se que 15% dos idosos fazem uso de algum hipnótico para

tratarem as queixas de insônia. É o grupo predominante dentre os quatro tipos de usuários de benzodiazepínicos. Os pacientes caracterizam-se por serem idosos, predominantemente do sexo feminino, sendo comum a presença de doenças físicas e estados depressivos crônicos. Além disso, costumam tomar baixas doses dos benzodiazepínicos. São os usuários de benzodiazepínicos que mais relutam em tratar-se, quando desenvolvem dependência. Entretanto, quando se proporciona alguma intervenção psicossocial aos pacientes, como aconselhamento ou terapia de relaxamento, estes costumam aceitar o tratamento para descontinuar ou reduzir o uso de benzodiazepínico.

**Poliusuários de drogas** → trata-se de um pequeno grupo de pacientes, que fazem abuso caótico e ilícito de outras drogas de abuso, como opióides e psicoestimulantes. Esses usuários de benzodiazepínicos caracterizam-se por serem pacientes mais jovens; usarem altas doses diárias de benzodiazepínicos; apresentarem maior exposição aos benzodiazepínicos e pela presença de vários problemas psicossociais e médicos causados pelo abuso de drogas ilícitas. Muitas vezes a desintoxicação desses pacientes deve ser realizada numa unidade hospitalar, devido ao abuso concomitante de várias drogas. Possivelmente, serão mais bem tratados em unidades de dependência química (KING, 1994).

O uso indiscriminado e o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento tem sido alvo de alerta por Órgãos Internacionais, como a OMS (Organização Mundial da Saúde) e o INCB (Internacional Narcotics Control Board). No Brasil, estudos das décadas de 80 e 90 mostraram uma grave realidade relacionada ao uso de BZDs:

No primeiro levantamento domiciliar nacional realizado em 2001, 3,3% dos entrevistados (entre 12 e 65 anos) afirmaram uso de BZDs sem receita médica. Em um outro levantamento, com estudantes da rede pública de ensino de dez capitais brasileiras, 5,8% dos entrevistados afirmaram já ter feito uso de ansiolíticos sem prescrição (ORLANDI; NOTO, 2005, p. 897).

#### **5.4 BZDs: Dimensão sociocultural do uso abusivo**

O medo e a ansiedade são respostas emocionais ao perigo ou a ameaça. Por milhares de anos os seres humanos têm usado substâncias diversas para aliviar

esse estado emocional negativo. Uma das primeiras substâncias tranquilizantes utilizada, cujo consumo persiste até hoje, é o álcool; outros se seguiram, como barbitúricos, brometos e meprobamatos. Desde seu lançamento no mercado em 1960, os BZDs tornaram-se os medicamentos mais prescritos e os mais utilizados para combater ansiedade e insônia em todo o mundo. Este uso resultou da sua eficácia, segurança e menor potencial de causar dependência, sua tolerância, bem como uma ampla aplicabilidade terapêutica (ALVARENGA *et al.*, 2007).

Segundo Marks (1978) por Bueno (2012, p. 8) comentando o conceito de “significado da dependência aos BZDs dentro da comunidade”, diz que

[...] os benzodiazepínicos encaixam-se como solução para algumas condições que abundam nos grandes aglomerados humanos: redução da ansiedade, do *stress*, atividade ‘relaxadora’, regulação do sono e uma ‘sensação de bem-estar’. Consequentemente, seu potencial de abuso deve ser bastante elevado.

O consumo de BZDs é concebido dentro de um processo histórico, social e cultural que pode sofrer interferência de fatores como a propaganda da indústria farmacêutica, dos meios de comunicação, dos valores morais e estéticos, no sentido de difundir a concepção do que é ser normal (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

Dentro desse conceito, Mendonça e Carvalho (2005, p. 1208) comenta que

O medicamento alopático participa do processo de cura proposto e imposto através de prescrições médicas, garantidor de domínio da medicina científica frente às terapias alternativas. Apesar de a medicina ter criado uma linguagem técnica, incompreensível aos doentes, os conceitos e conhecimentos médicos são disseminados na sociedade. O medicamento faz parte de um processo de socialização envolvendo diversos fatores, sociais, químicos e científicos.

O uso de calmantes está diretamente vinculado ao universo sociocultural do consumidor, seus familiares, amigos, vizinhos e terapeutas, a partir dos quais desenvolve maneiras de solucionar questões relativas à saúde e à doença, reproduzindo conhecimentos médicos e científicos a partir do próprio conhecimento

de vida, o senso comum, os significados das doenças e as práticas utilizadas para alcançar as curas (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

A indicação e empréstimo de calmantes para terceiros também é justificada pelos mesmos motivos que esses consumidores concebem para seu uso. As justificativas para o consumo incluem a insônia, os problemas familiares e sociais e, dessa forma, para determinados pacientes, a automedicação com calmantes é expandida, ultrapassando os limites definidos nas prescrições médicas. Entretanto, sabe-se que através do cruzamento das várias informações obtidas pelos consumidores sobre os psicofármacos, incluindo os BZDs, obtém-se um conhecimento confuso e incoerente sobre os tratamentos em saúde mental e que estimula o uso abusivo (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

Partindo-se do pressuposto dessa incoerência, estes pacientes são quase sempre levados a decidir a forma de usar seus calmantes. Além disso, são equivocadamente induzidos pelos médicos a uma autonomia em relação a seus tratamentos, o que conseqüentemente favorece a automedicação. Portanto, *“os problemas sociais, familiares, econômicos e as concepções sobre os calmantes acabam ditando a maneira de usar ou não as prescrições médicas”* (MENDONÇA; CARVALHO, 2005, p. 1211).

O uso incorreto pode aumentar a prevalência da dependência e, dessa forma, modificar negativamente a maneira de usar esses calmantes. *“A liberdade que o médico oferece ao paciente de querer ou não parar de tomar o medicamento pode levar ao uso errôneo”, assim como à interrupção do uso sem a devida assistência* (MENDONÇA; CARVALHO, 2005, p. 1211).

Em seu estudo, Mendonça e Carvalho (2005) utilizaram abordagem qualitativa com entrevistas semiestruturadas direcionadas a 18 mulheres idosas, pacientes psiquiátricas do Núcleo de Saúde Mental do Centro Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), da cidade de Ribeirão Preto-SP, consumidoras de benzodiazepínicos há mais de um ano. O objetivo do mesmo foi determinar as concepções dessas usuárias em relação aos calmantes alopáticos. Concluíram-se que

O consumo de calmantes está envolvido em uma rede de relações sociais, enredando vizinhos, parentes e amigos. As mulheres entrevistadas mostraram ter autonomia e conhecimento sobre o uso dos calmantes, sentindo-se capazes de utilizar, indicar, oferecer, emprestar, ou não, esses medicamentos, de acordo com suas concepções (MENDONÇA; CARVALHO, 2005, p.1207).

De acordo com estudo de Nordon *et al.* (2010), foi encontrada uma utilização de BZDs acima da média pela população estudada, ao redor de 3,3 vezes a utilização encontrada na literatura mundial. Um estudo de 1988 da população do Rio de Janeiro identificou nos últimos trinta dias uma utilização de psicotrópicos (dentre eles, 85,23% BZDs) por 6,7% das mulheres e 3,1% dos homens, portanto, 2,2 vezes mais por mulheres (ALMEIDA, 1994 *apud* NORDON, 2010, p.18). Já um estudo de atenção primária da Espanha, de 1997, um pouco mais próximo deste estudo, encontrou um risco relativo de uso de BZDs por mulheres em relação a homens de 1,57, com um uso, entre esta população, por 11% (FERRAIRÓ, 2000 *apud* NORDON, 2010, p. 18).

Segundo estudo espanhol, 14,3% dos indivíduos tinham usado BZDs nas 2 semanas anteriores, incluindo 29,9% das mulheres com mais de 65 anos de idade (MADRID, 2008 *apud* VICENS, 2011, p.2). Em 2006, o consumo de doses definidas diárias (DDD) por 1.000 habitantes por dia na Espanha foi de 69,9 (MADRID, 2011 *apud* VICENS, 2011, p. 2).

As estatísticas, nacionais e internacionais, demonstram um uso elevado de BZDs, que vem crescendo nos últimos anos, principalmente entre as mulheres idosas, com idade acima de 65 anos.

A decisão de tratar a ansiedade com um BZD deve ser tomada com cautela. Ao tê-lo como droga de escolha, deve-se considerar que o uso prolongado, por período maior que 12 meses, associa-se a potenciais efeitos colaterais, risco de dependência e custos socioeconômicos, como maior risco de acidentes (domésticos, tráfego e ocupacional), maior risco de overdose devido interação com outras drogas, aumento do risco de tentativas de suicídio, atitudes antissociais, redução da capacidade de trabalho e aumento do custo com internações, consultas e exames (RIO DE JANEIRO, 2006).

## 6 CRONOGRAMA

Este plano de Ação propõe a formação de um grupo de autoajuda na comunidade da área de abrangência da Equipe Branca da Unidade de Saúde Pedro Guerra no município de Coronel Fabriciano-MG.

O plano operativo em questão compreende uma prática médica integral, centrada no indivíduo, sua história de vida e inserção social, a promoção de palestras multidisciplinares de educação em Saúde Mental, o foco no indivíduo através da criação de um grupo de Saúde Mental e a utilização de instrumentos de abordagem familiar. O projeto de intervenção foi baseado em um planejamento estratégico definido a partir do diagnóstico situacional da área de abrangência, o qual foi determinado através da participação de toda a equipe de saúde. O problema definido, uso indiscriminado de medicação controlada, é um problema finalístico de governabilidade da equipe de saúde. Foram definidos também problemas intermediários, que contribuem para o surgimento do problema finalístico, a partir dos quais se planejou o enfrentamento estratégico da situação. O plano de Ação inclui medidas implementadas em curto prazo, provavelmente com resultados esperados a médio ou longo prazo. Basear-se-ão em um grupo de Saúde Mental, palestras multidisciplinares, prática médica centrada no indivíduo e no uso de instrumentos de abordagem familiar, com atuação da própria equipe de saúde dentre outros profissionais, externos à equipe de saúde, realizados na Unidade Básica de Saúde Pedro Guerra no município de Coronel Fabriciano – MG, no período de julho de 2013 a dezembro de 2013.

### 6.1 Cronograma do Plano de Ação

Operação	Responsável	Prazo
Prática médica adequada	Médico	6 meses (para reunir projetos de estímulo ao autocuidado)

Palestras multidisciplinares	Gerente	1 mês (para apresentar o projeto e conseguir apoio da Secretaria de Saúde) + 3 meses (para organização dos profissionais para as palestras)
Grupo de Saúde Mental	Enfermeira	1 mês (para apresentar o projeto e conseguir o apoio do Coordenação de Saúde) + 6 meses (para organização do grupo de autoajuda pelo Psicólogo)
Abordagem familiar	Agentes Comunitários de Saúde + Médico	1 mês (para apresentar o projeto e conseguir apoio da gerência) + 1 mês (para apresentar a lista dos pacientes selecionados para acompanhamento) + 2 meses (para o treinamento em abordagem familiar dos ACS pelo médico) + 4 meses (para a coleta e registro dos dados)

## 7 RECURSOS NECESSÁRIOS

Retomando o problema definido como prioridade pela equipe, obtiveram-se os seguintes nós críticos:

- Prática médica fragilizada, centrada na doença, o que dificulta o vínculo com o usuário e um melhor entendimento do seu estado de saúde mental;
- Deficiência de informação dos usuários quanto às doenças mentais e seu tratamento;
- Foco na doença em detrimento do entendimento do usuário e seus problemas;
- Os próprios problemas familiares, sociais e financeiros que afetam a população local, dentre eles o uso de drogas.

Considerando-se cada nó crítico, propõe-se o desenho de operações para resolução do problema prioritário e recursos necessários:

**1º Nó crítico:** Prática médica fragilizada

**Operação/projeto:** Estimular uma prática médica integral, centrada no indivíduo, sua história de vida e inserção social, visando o vínculo com o usuário e um melhor entendimento do seu estado de saúde mental.

Recursos necessários:

**Organizacional:** Reservar na agenda do médico momentos para o cumprimento de estratégias coletivas de saúde, realizadas mais próximas da comunidade e com objetivos que vão além dos conseguidos nas consultas individuais dentro do consultório.

**Cognitivo:** Conhecimento teórico e prático sobre o tema, com treinamento direcionado aos profissionais da atenção básica, reforçando os conceitos de uma prática médica integral e centrada no indivíduo; treinamento em práticas pedagógicas em atenção básica.



**Político:** Mobilização social para disponibilização de espaço físico e planejamento de ações coletivas.

**Financeiro:** Para divulgação dessas ações e aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e folhetos educativos.

**2º Nó crítico:** Deficiência de informação dos usuários

**Operação/projeto:** Promover palestras multidisciplinares de educação em Saúde Mental, com orientação dos usuários quanto às doenças mentais, as possibilidades terapêuticas e a importância da psicoterapia em grupo.

Recursos necessários:

**Organizacional:** Obtenção de recursos humanos de profissionais das áreas supracitadas.

**Cognitivo:** Conhecimento específico de cada área da saúde e de práticas pedagógicas em atenção básica.

**Político:** Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Mobilização social para disponibilização de espaço físico destinado às palestras.

**Financeiro:** Aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e folhetos educativos.

**3º Nó crítico:** Foco na doença

**Operação/projeto:** Estimular o foco no indivíduo através da criação de um grupo de Saúde Mental, no qual o usuário tenha espaço para expor seus problemas, sua história de vida e seu contexto social e familiar, gerando momentos reflexivos sobre a condição psíquica humana.

Recursos necessários:

**Organizacional:** Convite de Psicólogo da rede para participação em reuniões semanais com o grupo de Saúde Mental.

**Cognitivo:** Conhecimento teórico e prático do funcionamento e dinâmica de um grupo de autoajuda.

**Político:** Mobilização social para disponibilização de espaço físico destinado ao funcionamento do grupo de Saúde Mental.

**Financeiro:** Aquisição de recursos audiovisuais, panfletos, folhetos educativos e instrumentos para a realização de dinâmicas em grupo; contratação de Psicólogo se não for possível a participação daqueles já disponíveis na rede.

**4º Nó crítico:** Problemas familiares, sociais e financeiros.

**Operação/projeto:** Os problemas sociais e financeiros dependem da mobilização político-administrativa do município e fogem da governabilidade da equipe de saúde. Já os problemas familiares, podem ser melhor abordados e compreendidos através do uso de instrumentos de abordagem familiar, como o genograma, o ecomapa, o APGAR familiar, o ciclo de vida, PRACTICE e FIRO.

Recursos necessários:

**Organizacional:** Tempo destinado à coleta e registro das informações familiares e ambientais coletadas dos usuários acompanhados; disponibilidade de funcionários para a coleta dos dados.

**Cognitivo:** Treinamento de profissionais não médicos para o uso de instrumentos de abordagem familiar.

Alguns recursos são considerados indispensáveis para a execução da operação desejada, mas no momento estão indisponíveis, os chamados **recursos críticos**. Na Tabela 1 estão identificados os recursos críticos de cada operação planejada.

## 6.2 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema uso excessivo de medicação controlada.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Prática médica adequada	Obtenção de espaço na agenda médica Aquisição de recursos audiovisuais

Palestras multidisciplinares	Obtenção de recursos humanos Aquisição de recursos audiovisuais
Grupo de Saúde Mental	Disponibilização de Psicólogo Aquisição de recursos audiovisuais
Abordagem familiar	Tempo destinado à coleta e registro de dados Disponibilidade de funcionários

## 8 RESULTADOS ESPERADOS

Ainda de acordo com os nós críticos selecionados, os resultados esperados são os seguintes:

**1º Nó crítico:** Prática médica fragilizada

**Resultados esperados:** Aumentar a confiança do usuário na equipe de saúde e a satisfação com a resposta oferecida pela equipe para resolução dos seus problemas; estreitar o vínculo entre profissionais e pacientes, promover uma relação de igualdade entre esses agentes e fornecer subsídios à prática do autocuidado.

**Produtos esperados:** Abordagem integral dos indivíduos portadores de sofrimento mental; intervenção médica para o estímulo a práticas de autocuidado.

**2º Nó crítico:** Deficiência de informação dos usuários

**Resultados esperados:** Fornecer subsídios à prática do autocuidado, promover consciência do papel dos fármacos, seus efeitos colaterais, riscos e combater a automedicação.

**Produtos esperados:** Palestras multidisciplinares realizadas por psicólogo, psiquiatra, educador físico, farmacêutico e terapeuta ocupacional, abordando para os usuários a importância de cada área no tratamento farmacológico e não-farmacológico do sofrimento mental.

**3º Nó crítico:** Foco na doença

**Resultados esperados:** Fornecer subsídios à prática do autocuidado, promover consciência do papel dos fármacos, seus efeitos colaterais, riscos e combater a automedicação.

**Produtos esperados:** Palestras multidisciplinares realizadas por psicólogo, psiquiatra, educador físico, farmacêutico e terapeuta ocupacional, abordando para os usuários a importância de cada área no tratamento farmacológico e não-farmacológico do sofrimento mental.

**4º Nó crítico:** Problemas familiares, sociais e financeiros

**Resultados esperados:** Entender a família, sua estrutura, desenvolvimento funcionamento e recursos; correlacionar esses aspectos familiares com o estado de saúde mental do indivíduo; utilizar-se dessas informações para facilitar medidas preventivas e auxiliar as famílias nas suas necessidades de comunicação e na busca de suas próprias soluções.

**Produtos esperados:** Organização de genograma e ecomapa dos usuários acompanhados no grupo de Saúde Mental, ou outros instrumentos de abordagem familiar necessários conforme o caso, obtendo material de apoio às decisões de terapêutica singular e acompanhamento da evolução dos casos.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O uso excessivo de medicação controlada tem sido visto em nossa área de abrangência como um refúgio ao sofrimento psíquico gerado pelo estresse e pelos determinantes socioeconômicos, sejam a pobreza, os problemas familiares, as relações interpessoais desgastadas ou o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas por membro da família.

As famílias locais apresentam um padrão frequente, em que o patriarca é etilista crônico, os filhos são usuários de drogas lícitas ou ilícitas e a matriarca, como consequência desse cenário, apresenta distúrbio do humor e faz uso de medicação controlada, por vezes em caráter excessivo.

O grupo de autoajuda é uma forma de promoção de saúde e capacitação do autocuidado entre os usuários com problemas de saúde mental, e pode ser uma ferramenta importante na redução da medicalização e da busca do serviço de saúde devido queixas psicossomáticas.

Considerando-se os pontos críticos apresentados nesse plano de ação, mostra-se imperativa a reestruturação da Saúde Mental na Equipe Branca e, para a obtenção dos recursos, o apoio da Gerência e da Secretaria Municipal de Saúde torna-se imprescindível.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, J.M. *et al.* Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 30, n. 1, p.7-11, 2007.

AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 26, n. 1, p. 24-31, 2004.

BUENO, J.R. Emprego clínico, uso indevido e abuso de benzodiazepínicos: uma revisão. **Revista Debates em Psiquiatria**. v. 2, n. 3, p. 6-11, 2012.

KING, M.B. Long-term benzodiazepine users – a mixed bag. **Addiction**. v. 89, p. 1367-1370, 1994.

MENDONÇA, R.T.; CARVALHO, A.C.D. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. 13(número especial), p. 1207-1212, 2005.

NORDON, D.G. *et al.* Características da população que usa benzodiazepínicos em Unidade Básica de Saúde da Vila Barão de Sorocaba. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**. v. 12, n. 2, p. 14-20, 2010.

NORDON, D.G.; HÜBNER, C.K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Diagn Tratamento**. v.14, n.2, p.66-69, 2009.

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

RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde. Coordenação de Programas de Saúde Mental. **Uso racional de Psicofármacos**. Ano 1, vol. 1, p. 1-6, Abril-Jun 2006.

VICENS, C. *et al.* Comparative efficacy of two primary care interventions to assist withdrawal from long term benzodiazepine use: A protocol for a clustered, randomized clinical trial. **BMC Family Practice**. p.1-7, 2011.