



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Dimas Castilha Neto

A abordagem do uso abusivo de benzodiazepínicos na  
Atenção Básica: A experiência com a população  
acompanhada na Unidade Básica de Saúde Encantada  
do município de Garopaba-SC

Florianópolis, Março de 2016



Dimas Castilha Neto

A abordagem do uso abusivo de benzodiazepínicos na Atenção  
Básica: A experiência com a população acompanhada na Unidade  
Básica de Saúde Encantada do município de Garopaba-SC

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Dimas Castilha Neto

A abordagem do uso abusivo de benzodiazepínicos na Atenção Básica: A experiência com a população acompanhada na Unidade Básica de Saúde Encantada do município de Garopaba-SC

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Carlos Alberto Severo Garcia Júnior**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

Os Benzodiazepínicos (BDZ) foram muitos prescritos na década de 70 no tratamento de condições ansiosas como uma opção segura. Todavia, a euforia na prescrição de tais fármacos deu lugar a preocupação em função de seu potencial nocivo e risco de dependência. Os BDZ apresentam indicações precisas no controle da ansiedade e dos principais transtornos psiquiátricos. Contudo, vem sendo prescritos de forma indiscriminada pela classe médica, inclusive pelos psiquiatras. Consoante com o contexto mundial e nacional a comunidade de Encantada apresenta um preocupante quadro de abuso de BDZ. Tem como objetivo propor um projeto de intervenção para a abordagem do uso abusivo de BDZ com a população acompanhada na Unidade Básica de Saúde - Encantada, no município de Garopaba/SC. Primeiramente, foi realizada a abordagem do tema de BDZ junto a equipe da Unidade. Ocorreu a exposição sobre o tema, após sanadas dúvidas de forma individual. Noutro momento, foram convidados os usuários de BDZ para reavaliação do seu quadro e tratamento. Individualmente durante consulta foram orientados das indicações e efeitos colaterais de tais medicações, junto ofertada cartilha com informações e sobre higiene sono. Após adequação do tratamento dos pacientes lhes foram oferecido esquema para redução e em alguns casos cessação do uso. A proposta contempla a realização de atividades coletivas de forma continuada com o público, levando em consideração que sua implementação deve levar em torno de um mês. Este projeto de intervenção já foi iniciado no ano de 2015, tendo as atividades coletiva e individuais com a equipe da Unidade realizadas no mês de junho/15, a parte do projeto que envolve a atenção individual dos pacientes também foi iniciada neste período. As atividades coletivas com a população são parte do projeto que ainda não foi colocada em atuação, devendo iniciar em abril/16.

**Palavras-chave:** Benzazepinas, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Atenção Primária à Saúde





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
4.1	Cenário da Intervenção	17
4.2	Sujeitos da Intervenção	17
4.3	Estratégias e Ações	17
4.4	Modelo de cuidado para pacientes e o uso de medicações	20
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>



# 1 Introdução

Os Benzodiazepínicos (BDZ) foram muito prescritos na década de 70 no tratamento de condições ansiosas como uma opção segura e de baixa toxicidade. Todavia, a euforia na prescrição de tais fármacos deu lugar a preocupação em função de seu potencial nocivo e risco de dependência (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008). O primeiro benzodiazepínico foi sintetizado por acidente em 1961, tendo sido produzido o incomum anel de sete membros. Sua atividade farmacológica inesperada foi reconhecida e os benzodiazepínicos logo se tornaram os fármacos mais amplamente prescritos. É composta a estrutura química por um anel de sete elementos junto com um anel aromático com quatro grupos que podem ser substituídos sem perda da função. Atuam nos receptores GABA que medeiam a transmissão sináptica inibitória em todo sistema nervoso central (RANG et al., 2012). Os BDZ apresentam indicações precisas no controle da ansiedade, e dos principais transtornos psiquiátricos. Contudo, vem sendo prescritos de forma indiscriminada pela classe médica inclusive os psiquiatras (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. A maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos. Atualmente, um a cada 10 adultos recebem prescrições de benzodiazepínicos a cada ano, a maioria desta feita por clínicos gerais. Apresentam como efeitos colaterais: sonolência excessiva diurna (“ressaca”), piora da coordenação motora fina, piora da memória (amnésia anterógrada), tontura, zumbidos, quedas e fraturas, reação paradoxal (excitação, agressividade e desinibição; ocorre mais frequentemente em crianças, idosos e em deficientes mentais), “Anestesia emocional” (indiferença afetiva a eventos da vida), em idosos: maior risco de interação medicamentosa, piora dos desempenhos psicomotor e cognitivo, quedas e risco de acidentes no trânsito, risco de dependência 50% dos que usaram por mais de um ano chegaram a usar por 5 a 10 anos (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008). Estudo recente de 2014 revela que o uso maior de 3 meses está relacionado a um aumento maior de 50% em desenvolvimento de Doença de Alzheimer (GAGE et al., 2014).

Consoante com o contexto mundial e nacional a comunidade de Encantada apresenta um preocupante quadro de abuso de benzodiazepínicos. A comunidade está localizada na cidade de Garopaba, litoral sul do Estado de Santa Catarina (GAROPABA, 2015b), composta por 2653 pessoas, sendo 1311 homens e 1342 mulheres. Dividida entre as faixas etárias menores de 20 anos, entre 20 e 59 anos e maiores de 60 anos, respectivamente: 662, 1541 e 450, segundo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), competência 2014. População caracterizada por sua elevada média de idade e baixa capacidade aquisitiva. Dedicam-se majoritariamente a vagas de emprego temporários em restaurantes e pousadas

no verão e trabalho em pequenas empresas e outras prestadoras de serviço (GAROPABA, 2015a). Tendo como hábitos os baluartes da cultura Açoriana temperados pelos costumes de alemães e principalmente italianos que vieram posteriormente para a região. Chama a atenção a elevada procura pelos serviços vinculados a Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente relacionados a Atenção Básica, em função de queixas ligadas à condições psiquiátricas.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes condicionantes de saúde das coletividades.[...] É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011, p. 19-20).

O consumo abusivo dos Benzodiazepínicos por algumas pessoas da comunidade foi aventado pela alta demanda de prescrição, confirmada durante os meses de atuação como médico vinculado a Estratégia de Saúde da Família (ESF) da comunidade da Encantada, município de Garopaba/SC. Inicialmente, foi-se traçado um plano para abordagem destes pacientes. Assim que solicitada a prescrição era verificado em prontuário se a substância já fora prescrita por outro profissional e com que frequência o mesmo utilizava; caso não tivesse sido já prescrito ou o uso fosse irregular já se era oferecida alternativa terapêutica. Caso o paciente de fato fizesse uso da medicação o primeiro passo era estabelecer um vínculo terapêutico de confiança. Uma vez estabelecido o vínculo as indicações formais para uso de tais medicações e seus efeitos colaterais eram apresentados ao paciente e verificava-se a indicação para o uso de medicação, se já fosse caso em tratamento com Psiquiatra em função de múltiplas comorbidades psiquiátricas o caso era referenciado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município para tratamento conjunto, ampliando o cuidado em rede. Se a indicação era vaga pelo paciente, procedia-se a avaliação das comorbidades psiquiátricas. Aqueles que necessitassem de tratamento completar eram tratados e, posteriormente, reavaliados para questionamento quanto do uso de Benzodiazepínicos. Os que não apresentavam nenhuma comorbidades eram questionados do porque do uso quase sempre recaindo sobre a queixa de problemas para dormir. Estes então eram questionados quanto a higiene do sono e já orientados quanto a mudanças para uma melhora qualidade de sono. Associado a higiene do sono era proposto a redução do uso e, posterior, descontinuação do Benzodiazepínico.

O presente projeto de intervenção, além de registrar a experiência de uma equipe de Saúde da Família na tentativa de reduzir o abuso de tais substâncias, tem como objetivo desenvolver ações, não implementadas no atual momento na unidade de saúde da comunidade de Encantada, que priorize o grupo de risco e fatores de risco clínico-comportamentais, como grupos de apoio e rodas de conversa com usuários de Benzodiazepínicos, com a finalidade de prevenir o aparecimento de doenças psiquiátricas e danos evitáveis, além de atividades de educação em saúde como palestras e outras formas de informação, orientação e suporte para os usuários e seus familiares. Atividades desenvolvidas tanto por profissionais da saúde quanto pelos próprios usuários da comunidade, isto é, atividades não só unidirecionais, onde há um locutor e ouvintes, mas de conversa onde cada um possa dividir o que lhe convir.

Diante do exposto fica clara a importância de se estar preparado para a abordagem deste assunto. Não só estar preparado para indicar o uso dos benzodiazepínicos ou então poder ajudar um paciente que procura a ajuda para cessar o uso; mas para oferecer, convencer o paciente a descontinuar ou mesmo reduzir o uso caso não haja indicação formal ou tenha alternativa mais segura. Estima-se que cada clínico tenha em sua lista 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos, metade destes gostariam de parar o uso, no entanto 30% pensam que o uso é estimulado pelos médicos (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008). Assim, compreende-se a necessidade de profissionais familiarizados e capazes de debater, orientar e escutar com atenção as demandas e necessidades dos usuários que sofrem com alguma questão de saúde mental, não só pelo drama pessoal dos usuários; mas por este preocupante cenário que se tornou o uso abusivo de Benzodiazepínicos.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Propor um projeto de intervenção para a abordagem do uso abusivo de benzodiazepínicos com a população acompanhada na Unidade Básica de Saúde - Encantada, no município de Garopaba, Estado de Santa Catarina.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Discutir a avaliação de comorbidades psiquiátricas dos usuários de Benzodiazepínicos com os integrantes da equipe de Saúde da Família;
- Debater em conjunto com os usuários acompanhados pela equipe de saúde sobre alternativas terapêuticas ao uso contínuo de benzodiazepínicos;
- Apresentar um plano de educação em saúde na comunidade envolvendo atividades coletivas relacionadas a temas de saúde mental;
- Propor um plano singular de redução e descontinuidade do uso de benzodiazepínicos para usuários interessados na proposta.





### 3 Revisão da Literatura

O primeiro benzodiazepínico (BDZ) foi sintetizado por acidente em 1961, tendo sido produzido o incomum anel de sete membros. Sua atividade farmacológica inesperada foi reconhecida e os benzodiazepínicos logo se tornaram os fármacos mais amplamente prescritos. É composta a estrutura química por um anel de sete elementos junto com um anel aromático com quatro grupos que podem ser substituídos sem perda da função. Atuam nos receptores GABA que medeiam a transmissão sináptica inibitória em todo sistema nervoso central (RANG et al., 2012).

Os BDZ foram muito prescritos na década de 70 no tratamento de condições ansiosas como uma opção segura e de baixa toxicidade. Todavia, a euforia na prescrição de tais fármacos deu lugar a preocupação em função de seu potencial nocivo e risco de dependência. Os BDZ apresentam indicações precisas no controle da ansiedade, e dos principais transtornos psiquiátricos. Contudo, vem sendo prescritos de forma indiscriminada pela classe médica inclusive os psiquiatras (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. A maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos. Atualmente, um a cada 10 adultos recebem prescrições de benzodiazepínicos a cada ano, a maioria desta feita por clínicos gerais. Apresentam como efeitos colaterais: sonolência excessiva diurna (“ressaca”), piora da coordenação motora fina, piora da memória (amnésia anterógrada), tontura, zumbidos, quedas e fraturas, reação paradoxal (excitação, agressividade e desinibição; ocorre mais freqüentemente em crianças, idosos e em deficientes mentais), “Anestesia emocional” (indiferença afetiva a eventos da vida), em idosos: maior risco de interação medicamentosa, piora dos desempenhos psicomotor e cognitivo, quedas e risco de acidentes no trânsito, risco de dependência 50% dos que usaram por mais de um ano chegaram a usar por 5 a 10 anos (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008). Estudo recente de 2014 revela que o uso maior de 3 meses esta relacionado a um aumento maior de 50% em desenvolvimento de Doença de Alzheimer (GAGE et al., 2014).

Sengudo Boletim de Farmacoepidemiologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 166 princípios ativos psicotrópicos na lista do boletim as três substâncias mais comercializadas entre 2003 e 2007 foram em ordem decrescente: Clonazepam, Bromazepam e Alprazolam. Todos eles benzodiazepínicos. Tendo seu mais vendido dado um salto de 29.463 unidades físicas dispensadas em 2003, para 10.590.047 em 2007. Dados mais atuais não disponíveis (ANVISA et al., 2011).

Em um trabalho realizado em Tubarão, outra cidade do sul de Santa Catarina como Garopaba, analisou prontuários de duas Unidades de Saúde da Família em relação ao

consumo de BDZ e os resultados foram do acordo com a literatura atual. O consumo de BZD foi maior entre mulheres, idosos, casados e indivíduos economicamente inativos e moradores da área rural. A maioria das prescrições foi realizada por um clínico geral, sendo o mais consumido Clonazepam (MEZZARI; ISER, 2015).

Em função da conjuntura atual do uso de tais substâncias a Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina em 2008, junto com Associação Brasileira de Psiquiatria lançaram uma Diretriz: Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos. Onde após breve contextualização histórica e dados de farmacologia propõe tratamento da dependência. Sendo as medidas farmacológicas mais importantes: a redução gradual e a substituição por BDZ de meia vida mais longa. E como medidas não farmacológicas orientam que o paciente deve ser mantido em nível ambulatorial, por trazer o paciente ao tratamento e possibilitar que tantas mudanças farmacológicas quanto psicológicas aconteçam. Deve ser dada suporte psicológico em todo o processo assim como informar o paciente sobre a substância da qual faz uso, suas indicações, efeitos colaterais e outros riscos. Oferecer medidas não-farmacológicas para lidar com a falta da medicação (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

Wagner (2015), em uma publicação recente, propõe que não só medidas farmacológicas para tratamento de depressão em idosos marca fatores que fazem com que os Benzodiazepínicos sejam prescritos em excesso entre eles: pressão da indústria farmacêutica, baixos preços, reforço positivo pelos usuários crônicos, má indicação e falta de preparação acadêmica dos prescritores. Ressalta a importância das medidas não farmacológicas (serviços, políticas, promoção da saúde) e analisa que a supermedicação com psicotrópicos em idosos, neste caso, é sintoma da falta de preparação não só dos profissionais da saúde em tratar e prevenir condições psiquiátricas como de toda a estrutura da saúde (WAGNER, 2015).

Em um estudo feito em Porto Alegre, em 2011, foi avaliado a opinião de familiares em relação ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em questão. Segundo o autor os familiares apontaram para o serviço como um importante dispositivo de saúde mental por contar a atuação de profissionais qualificados que oferecem uma diversidade de estratégias de cuidado, como: oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atendimento de pessoas em situação de rua, visando à reabilitação psicossocial e a reinserção social. Fora os serviços prestados os familiares atentam para como foi realizado. Pontuam que a postura atenta, de proximidade e respeito, de escuta e comprometimento, é de suma importância para a evolução dos pacientes comprovando a qualidade dos encontros e das interações (MARCIO et al., 2011). Cabe a reflexão da obrigatoriedade em se ser um centro especializado no apoio psicossocial para atender bem a população no que tange ao tratamento de comorbidades psicológicas, para ofertar outras estratégias de tratamento que não só as farmacológicas.

## 4 Metodologia

### 4.1 Cenário da Intervenção

Na comunidade da Encantada, bairro de Garopaba, cidade localizada no litoral sul do estado de Santa Catarina ([GAROPABA, 2015b](#)). A equipe de Saúde de Família (SF), da Unidade Básica de Saúde Encantada, do município de Garopaba, está constituída por um médico vinculado ao PROVAB, enfermeira, técnica de enfermagem e 8 agentes comunitários de saúde. Tem uma população total cadastrada de 2653 pessoas. As ações de intervenção serão realizadas na própria instalação física da unidade.

### 4.2 Sujeitos da Intervenção

No início de 2015 foi identificada uma situação no atendimento desta comunidade a replicação das prescrições de uso contínuo sem a reavaliação do paciente. Na reavaliação das prescrições e dos pacientes foi notado o consumo abusivo de Benzodiazepínicos (BDZ). Os sujeitos a intervenção será a própria Equipe do ESF e a população adscrita.

### 4.3 Estratégias e Ações

Este Projeto de Intervenção já foi iniciado no ano de 2015, tendo as atividades coletiva e individuais com a equipe da Unidade realizadas no mês de junho, a parte do projeto que envolve a atenção individual dos pacientes também foi iniciada neste período não tendo data para terminar por ser tratar de cuidado continuado. E propõe atividades coletivas com o público a ser realizado de forma continuada também, sendo que a parte de estruturação deve levar um mês, a ser realizada durante o mês de abril de 2016. O primeiro passo será definir a data, dias e horários com os participantes para o planejamento e a realização das atividades com o grupo que contará com parceria de todos os membros do SF (médico, enfermeira, técnica em enfermagem, agentes), conforme a necessidade de profissionais especializados pode ser convidado a participar Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A partir de então foi traçado um plano de abordagem dos pacientes, todos aqueles com prescrição de psicofármacos e equipe, afinal ambos precisavam se munir de conhecimento para esta mudança que seria repensar o uso de BDZ. Assim para e junto da equipe foi formulada ações informativas quanto as indicações, riscos da medicação e as dificuldades que seriam enfrentadas no processo. Todos os profissionais da Estratégia Saude da Família (ESF) Encatada deveriam estar preparados para acolher a comunidade quanto as dúvidas

em relação às mudanças. As ações então se deram de forma individual e em grupo, de forma continuada. Já a comunidade foi abordada de forma individual e surgiram idéias de abordagem em grupo.

Assim que identificada a questão da prescrição sem reavaliação dos paciente assim como do uso de BDZ foi convocada a equipe, no mês de junho de 2015. Aproveitando as reuniões de matriciamento, que são reuniões com a equipe do ESF e NASF onde se faz presente toda a equipe. Exposto o problema, foi informada a equipe de que as ações seriam tomadas e informados de que no próximo matriciamento seria feita explanação a respeito. Assim no próximo matriciamento o tema do uso abusivo dos BDZ foi abordado, além de um breve apanhado das condições que levam a prescrição e uso de tais fármacos. Primeiro de forma unidirecional onde o médico em forma de palestra expôs o tema e após foi aberto à todos que trabalham no posto para perguntas e opiniões.

Equipe orientada e motivada a mudança iniciou-se o cuidado direto com a população. Todos os paciente que solicitavam prescrição controlada foram convidados, através de carta individual feita pelo médico, a consultar para reavaliação do seu quadro.

O primeiro passo na consulta era o estabelecimento do vínculo terapêutico com o paciente. Muitas vezes o paciente que já vem por demanda da equipe vem receoso, às vezes, na primeira consulta nem é tocado o assunto de BDZ ou comorbidades psiquiátricas, é primeiro atendido outras questões que o próprio paciente traz, isso acaba por fazer um vínculo. O paciente se sente acolhido com as suas demandas também atendidas. Não vê o médico que quer "cortar a medicação". Conhecer a equipe a fazer esse vínculo mesmo que inicial é imprescindível. O vínculo talvez seja a parte mais importante e desafiante. O paciente tem que confiar na equipe em rever seu quadro e aderir a mudança de tratamento se necessário, tratamento, às vezes, de anos. Sendo que no caso do BDZ a retirada mesmo que gradual pode causar sinais e sintomas de abstinência (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008). Tal vínculo pode levar, e geralmente leva, mais de uma consulta e deve ser feito a manutenção do mesmo a cada retorno do paciente. Afinal, vínculo terapêutico é aquilo que faz o paciente aderir ao tratamento, é o elo entre equipe e paciente. E conforme as dúvidas surgem este vínculo deve ser reafirmado acolhendo e sanando as dúvidas do paciente.

Uma vez formado o vínculo, paralelamente aos cuidados outros que o paciente demandava, foram reavaliados os diagnósticos das comorbidades psiquiátricas. Os pacientes com múltiplas comorbidades psiquiátricas ou que já acompanhavam no CAPS eram encaminhados para interconsulta para atendimento continuado. Os paciente passíveis de serem manejados no ESF, sem interconsulta com especialista, tinham revistos seus diagnósticos, sendo os mais comuns os do espectro ansioso e depressivo assim como insônia.

Segundo Cordioli et al. (2011) o papel dos BDZ no tratamento do transtorno depressivo maior segundo as diretrizes apresentam apenas um valor limitado. Devem ser usados apenas como adjuvante de tempo limitado em alguns casos de depressão, podendo ser

utilizados por períodos curtos, até quatro semanas para sintomas de ansiedade e insônia. Como regra não devem ser usados como monoterapia (CORDIOLI et al., 2011). Assim muitos dos pacientes com tal comorbidade estavam com tratamento inadequado.

Ainda segundo tal autor no espectro ansioso os BDZ são medicamentos de segunda linha para aqueles que não toleram ou tem contra indicação para os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina ou da Noradrenalina, podem ser usados em associação também (CORDIOLI et al., 2011). Outra vez aqueles que tolerassem alternativa a monoterapia com BDZ foram remanejados.

Quanto a insônia Cordioli et al. (2011) orientam que após a avaliação de comorbidades clínicas e psiquiátricas que possam levar a tal quadro há várias medidas que podem ser tomadas. Dentro das não farmacológicas foi usada a estratégia da higiene do sono com a comunidade. Através da consulta foi abordado a higiene de sono do paciente. A partir do que o paciente trazia lhe era orientado mudanças. Além da consulta foi oferecida uma cartilha contendo informações sobre BDZ e de higiene do sono. Quanto as terapias farmacológicas das opções trazidas a mais segura são os agonistas do receptor benzodiazepínico não BDZ como "zolpidem", "zopiclona" e "zaleplon". Se da necessidade do uso de BDZ para tratamento da insônia deve se atentar que se a forma aguda usar em uma ou duas noites em dose mínima, se transitória não mais que duas semanas e se crônica procurar causa primária, fazer terapia intermitente, se possível por menos de duas semanas.

Quando já compensados os pacientes era proposto a retirada gradual dos BDZ. Usado como base o documento "Uso e Dependência dos Benzodiazepínicos" formulado pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Como primeiro passo orientar paciente dos benefícios, segundo tal diretriz aqueles que conseguirem ficar pelo menos cinco semanas sem a substância apresentam melhora nos níveis de ansiedade e melhora na qualidade de vida. É informado ao paciente também a possibilidade de enfrentar os efeitos da síndrome de abstinência, 50% daqueles que usam por mais de 12 meses até mesmo na retirada gradual sofrem os efeitos. Sendo eles: tremores, sudorese, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, anorexia, sintomas gripais, cefaléia, dores musculares, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, agitação, pesadelos, disforia, prejuízo da memória, despersonalização, desrealização (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008). A partir de então caso o paciente não faça uso de um BDZ de meia vida longa deve ser feito a mudança para este grupo, como "diazepam" e o "clonazepam"; por apresentarem uma redução mais suave nos níveis sanguíneos. Como a BDZ mais usado é o clonazepam (BRASIL, 2011) e a dosagem de 2mg ao dia e além disso aqueles que não usam o clonazepam ou diazepam mas nesta dose equivalente eram substituídos para tal medicação em tal dosagem, foi formulado um roteiro para o paciente, conforme modelo apresentado abaixo. Para aqueles que usavam já BDZ de meia vida longo ou não suportavam a substituição, ou ainda dosagem menor era proposto esquema individual. Esquema este com a meta de redução de

um quarto da dose por semana como sugere a diretriz. Respeitando a individualidade de cada paciente e flexibilizando esta meta conforme o paciente.

A parte do projeto que não foi colocada em prática são as atividades em grupo para a comunidade. Prevista tanto por [Cordioli et al. \(2011\)](#) quanto por [Nastasy, Ribeiro e Marques \(2008\)](#) é uma medida não farmacológica de muita importância. As atividades aconteceriam na própria instalação da Unidade de Saúde com periodicidade quinzenal. Com duração não estabelecida, as reuniões ocorrem conforme o interesse e participação da comunidade. Seriam convidados todos os trabalhadores da unidade e os usuários do serviço que fizessem uso de BDZ. Sendo o convite estendido a todos interessados. A participação dos familiares é de extrema importância já que o apoio familiar neste processo é fundamental. Instruir os familiares assim como os pacientes é fazer com que o núcleo familiar entenda pelo o quê o paciente esta passando e possa apoiá-lo. Conforme os encontros vão acontecendo profissionais do CAPS e NASF podem ser convidados a participar e contribuir. Os encontros poderiam se dar de várias formas. *A priori* palestras convencionais com abertura aos participantes. Uma vez que os encontros ocorram é solicitado aos participantes que participem da organização, que sugiram novos formatos. Outro formato possível é os participantes dividirem suas experiências no processo, como fizeram para lidar com os desafios encontrados. Uma grande roda informal onde todos possam dialogar livremente é uma opção. Sugerir que tragam dúvidas para serem debatidas num próximo encontro.

## 4.4 Modelo de cuidado para pacientes e o uso de medicações

Instruções para retirada do Clonazepam 2mg/dia

1<sup>a</sup> Consulta Você recebeu 60 comprimidos, cuide deles!

1<sup>a</sup> semana: Tomar 3cp à noite.

Vamos lá a primeira semana é a mais difícil delas, mas o mais difícil você já fez: Decidir deixar de usar! Começamos com três comprimidos por noite. As medidas de higiene do sono da cartilha vão ajudar você a conseguir!

2<sup>a</sup> semana: Tomar 2,5cp à noite.

Parabéns, você passou pela primeira semana. Não vai desistir agora, né? Hora de partir comprimidos e tomar 2 comprimidos e meio! Alguma dúvida? Anote e pergunte ao seu médico na próxima consulta.

3<sup>a</sup> semana: Tomar 2cp à noite.

Parabéns! Você já está tomando metade da dose de antes. Tome dois comprimidos por noite.

2<sup>a</sup> Consulta: Não esqueça de levar seus comprimidos!

4<sup>a</sup> semana: Tomar 2cp à noite.

Esta semana não reduziremos a dose, continue tomando 2cp!

Descansar em um degrau não quer dizer que você não está subindo a escada!

5<sup>a</sup> semana: Tomar 1,5cp à noite.

Mais uma semana, mais um passo. Você consegue! Vamos quebrar mais uns comprimidos agora é um comprimido e meio!

6<sup>a</sup> semana: Tomar 1,5cp à noite.

Sem redução nesta semana. Continue tomando 1cp e meio.

3<sup>a</sup> Consulta: Seus comprimidos, não esqueça de levá-los à consulta.

7<sup>a</sup> semana: Tomar 1cp à noite.

Ufa! Já estamos na metade. Esta semana é só um comprimido à noite. E as medidas de higiene do sono, como estão?

8<sup>a</sup> semana: Tomar 1cp à noite.

Esta semana mantemos um comprimido à noite!

9<sup>a</sup> semana: Tomar 1/2cp à noite.

Chegamos ao último mês é hora de voltar a quebrar comprimidos, mas dessa vez só será tomada metade!

4<sup>a</sup> Consulta: Última consulta antes de se ver livre desses comprimidos!

10<sup>a</sup> semana: Tomar 1/2cp à noite.

Vamos quebrar esses comprimidos, por que será meio comprimido até o final!

11<sup>a</sup> semana: Tomar 1/2cp à noite.

Neste ponto você não deve agüentar mais quebrar comprimidos, tá quase na hora de parar!

12<sup>a</sup> semana: Tomar 1/2cp à noite.

Última semana. Acredite, você conseguiu. Parabéns!





## 5 Resultados Esperados

O projeto de intervenção proposto para a abordagem da comunidade e equipe de saúde teve como objetivo abordar o uso abusivo de benzodiazepínicos (BDZ) na Unidade Básica de Saúde – Encantada, município de Garopaba, após identificada como situação problema a replicação de prescrição sem reavaliação dos pacientes e por conseguinte o uso de BDZ que não contemplasse as indicações formais.

Durante o ano de 2015, foi contemplado parte do projeto, a parte que diz respeito a abordagem dos trabalhadores da unidade de saúde e a abordagem individual dos usuários da unidade que faziam uso dos BDZ.

Sem colocar metas e prazos estritamente fechados, tomou-se como compromisso a atenção integral e continuada dos usuários de BDZ, incluindo dentro de consultas individuais o contato com todos estes. Este objetivo foi alcançado. Foram reavaliados aqueles que necessitavam uma abordagem qualificada do seu quadro psiquiátrico. Àqueles usuários compensados foram ofertados outras opções quando possível aos benzodiazepínicos, procedendo a redução gradual da dose até a mínima possível e em alguns casos o abandono total.

No início de 2015, foi realizada a abordagem junto a equipe de trabalhadores da Unidade. Primeiramente, ocorreu a exposição sobre o tema dos benzodiazepínicos em forma de palestra por parte do médico com a participação aberta de quem assim desejasse. Após a abordagem do grande grupo, de forma individual, foram respondidas as dúvidas através do médico ou quem estivesse habilitado para sanar as questões.

Ainda não foi colocado em prática as atividades em grupo para a comunidade. Questão que poderia ser organizada em breve e ser abordado não de forma finita, porém continuada. Projeta-se a construção de oficinas programadas durante o ano de 2016 pela duração que for necessária. Os encontros se dariam das mais variadas formas possíveis. De forma unidirecional com palestrante se necessário, em forma de grande roda de conversa. Com locação na própria unidade de saúde e incorporado todos que quisessem se fazer presentes, equipe e população. Além de considerar a participação de convidados outros para os encontros como profissionais do NASF e CAPS.

Sendo assim, o projeto de intervenção tem atingido seu resultado, esclarecer formas de cuidado continuado. Por isso, torna-se necessário apenas reforçar o projeto e incluir novas atividades em grupo. Uma vez que aqueles indivíduos que conseguem ficar sem o uso, por pelo menos cinco semanas, destas substâncias apresentam redução nas medidas de ansiedade e melhora na qualidade de vida, de acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria, no documento "Uso e Dependência dos Benzodiazepínicos". Além disso, os benefícios da própria retirada ou redução para menor dose o programa reavalia todos aqueles em uso e suas comorbidades. Além do que tange a parte medicamentosa as ações

em grupo que ainda não foram colocadas em ação trariam inumeráveis benefícios aos participantes.

# Referências

- ANVISA et al. *Boletim de farmacoepidemiologia do SNGPC: Panorama dos dados dos sistema nacional de gerência de produtos controlados: um sistema para o monitoramento de medicamentos no brasil*. 2011. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2011/boletim\\_sngpc\\_2edatualizada.pdf](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_2edatualizada.pdf)>. Acesso em: 25 Jan. 2016. Citado na página 15.
- BRASIL. Portaria nº 2.488. aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (esf) e o programa de agentes comunitários de saúde (pacs). Diário Oficial da União, Brasília, n. 1, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 19.
- CORDIOLI, A. V. et al. *Psicofarmacos: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed, 2011. Citado 3 vezes nas páginas 18, 19 e 20.
- GAGE, S. B. de et al. Benzodiazepine use and risk of alzheimer's disease: case-control study. *BMJ*, v. 349, n. 5205, p. 1–10, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 15.
- GAROPABA, P. de. *Atividades Econômicas*. 2015. Disponível em: <<http://www.garopaba.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/23113>>. Acesso em: 11 Jan. 2016. Citado na página 9.
- GAROPABA, P. de. *Localização*. 2015. Disponível em: <<http://www.garopaba.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/23115>>. Acesso em: 11 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 17.
- MARCIO, W. C. et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4405–4414, 2011. Citado na página 16.
- MEZZARI, R.; ISER, B. P. M. Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde. *Revista da AMRIGS*, v. 53, n. 3, p. 198–203, 2015. Citado na página 16.
- NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. *Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos: Projeto diretrizes*. 2008. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/004.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf)>. Acesso em: 11 Jan. 2016. Citado 7 vezes nas páginas 9, 11, 15, 16, 18, 19 e 20.
- RANG, H. P. et al. *Farmacologia*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 15.
- WAGNER, G. A. Tratamento de depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina. *Revista Saúde Pública*, v. 49, p. 1–4, 2015. Citado na página 16.