

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

**INTERVENÇÕES PARA DESCONTINUAÇÃO NO USO DE
BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

ALUNO: DR. NESTOR TORRES MARINA
ORIENTADOR: ALINE FIORI DOS SANTOS FELTRIN

São Paulo
Janeiro – 2015

Sumário

1. Introdução.....	3
2. Objetivos.....	5
2.1 Geral.....	5
2.2 Específicos.....	5
3. Metodologia.....	6
3.1 Cenário da intervenção.....	6
3.2 Sujeitos da intervenção.....	6
3.3 Estratégias e ações.....	7
3.4 Avaliação e monitoramento.....	8
4. Resultados esperados.....	9
5. Cronograma.....	9
6. Referências.....	10
7. Anexos.....	13
7.1 Anexo N° 1.....	13
7.2 Anexo N° 2.....	14
7.3 Anexo N° 3.....	15
7.4 Anexo N° 4.....	14

1. Introdução

Os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais prescritas no mundo. São utilizados como ansiolíticos e hipnóticos além de possuir ação miorrelaxante e anticonvulsivante.¹

No Brasil, os benzodiazepínicos compõem a classe de medicamentos psicotrópicos mais prescritos. Segundo o Internacional Narcotic Control Board (INCB), órgão da Organização das Nações Unidas, no ano de 2008, o Brasil se tornou o maior consumidor mundial de Clonazepam e é o segundo maior consumidor mundial de Diazepam.² A partir da análise das receitas médicas retidas em estabelecimentos farmacêuticos, observa-se que os benzodiazepínicos atingem 70% das prescrições em receituário B e 5.6 % da população já usou na vida.^{3,4} O uso de benzodiazepínicos geralmente ocorre com o aumento da idade atingindo de 10 a 30 % da população idosa, principalmente em mulheres.^{5,6}

O benefício dos benzodiazepínicos a nível emocional, a curto prazo, é uma realidade, estando fora de qualquer dúvida.⁷ No entanto, alguns órgãos internacionais recomendam o uso por curto período, no máximo de 3 meses, principalmente porque os sintomas de retirada fazem com que a descontinuação seja problemática ou até mesmo traumática para o usuário crônico.⁸

O consumo crônico de benzodiazepínicos em idosos (mais de 6 meses de forma contínua e 1 ano de forma intermitente), é particularmente problemático, uma vez que estes pacientes são mais vulneráveis aos efeitos adversos graves do medicamento como perda da memória, de função cognitiva, e desequilíbrio, levando a uma maior incidência de quedas e fraturas aumentando assim, o risco de mortalidade^{5,9} Segundo alguns critérios de

estudo, estes medicamentos são potencialmente impróprios e devem ser evitados em idosos.¹⁰

Ainda, alguns estudos demonstram que o uso prolongado de benzodiazepínicos neste grupo está associado significativamente a um aumento entre 43% e 51% do risco de desenvolver a doença de Alzheimer.⁸

Demência é, atualmente, a principal causa de dependência em idosos e o maior problema de saúde pública no mundo, atingindo aproximadamente a 36 milhões de pessoas ao redor do mundo. Cada ano a população cresce e envelhece e é esperado que, a cada 20 anos, este número dobre atingindo 115 milhões para o ano de 2050. O Brasil está entre os nove países com maior número de pessoas com demência no ano de 2010 atingindo 9 milhões.¹¹ O uso crônico de benzodiazepínicos também está relacionado com piora por parte da percepção do paciente de seu estado geral de saúde, aumentando o uso dos serviços de saúde e concomitante uso associado de outros medicamentos.^{5,6}

Outro dos fatores preocupantes com relação aos benzodiazepínicos que hoje nos levam a restringir sua prescrição é a capacidade de gerar tolerância e dependência, que podem ser perpetuadas por diversos fatores: prescrição errônea e continuada pelo médico; aumento da dose pelo próprio paciente; necessidade psicológica da droga (algo bastante usual e observado em ambiente ambulatorial). Acredita-se, aliás, que o maior fator para a perpetuação do hábito seja essa necessidade, tendo em vista, como exposto, que a dependência química e física dos benzodiazepínicos não é tão acentuada quanto de outras possíveis drogas de abuso.¹²

A Estratégia de Saúde da Família, é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e pela proximidade com as famílias e comunidade, é considerada como um recurso estratégico para enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diferentes formas de sofrimento psíquico de forma integral.¹³ O membro da equipe da estratégia da saúde da família tem maior oportunidade de identificar e intervir com os usuários que tem um consumo nocivo e potencialmente perigoso, com a oportunidade de intervir em uma etapa inicial antes que desenvolva problemas sérios por consumo e dependência a drogas, sejam estas lícitas ou ilícitas.¹⁴ Há

evidências de que as intervenções breves estruturadas seguida por sistemática descontinuação são efetivas estratégias para a redução do consumo crônico de benzodiazepínicos.¹⁵⁻¹⁶

Elaborada no Canadá em 1972, a intervenção breve é uma técnica de tratamento baseada em conceitos cognitivos comportamentais, voltada para educação e motivação do paciente e/ou familiares para mudança de hábitos e atitudes que dura em torno de 15 a 45 minutos.^{17,18} Tem como base, a entrevista motivacional criada por William Miller e tem como objetivo principal promover a mudança do comportamento, é uma técnica de abordagem não afrontativa e semi-estruturada que identifica e trabalha com motivações da pessoa já que é centrada em suas necessidades e experiências.¹⁸ A educação do paciente de forma direta e fornecendo informação, baseada em evidências, tem o potencial de mudar a percepção do risco em relação ao uso inadequado de benzodiazepínicos.^{19,20}

A importância deste Projeto de Intervenção é resolver um problema de saúde pública no bairro Jardim das Hortências que é o consumo crônico de benzodiazepínicos em idosos e assim prevenir no futuro, os efeitos colaterais de grande impacto psicossocial como é a doença de Alzheimer na Estratégia da Saúde da Família.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenções para proporcionar a descontinuação e retirada do uso crônico de benzodiazepínicos em idosos na ESF.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência e o perfil dos usuários idosos de benzodiazepínicos;

- Elaborar um protocolo de retirada de benzodiazepínicos em idosos de acordo com as características do PSF com profissionais e usuários da equipe;
- Implementar agenda diferenciada para os usuários;
- Realizar sensibilização e capacitação dos profissionais das equipes, sobre o uso, a manutenção e retirada de benzodiazepínicos em idosos na ESF.

3. Metodologia

3.1 Cenário da intervenção

O Jardim das Hortências é um bairro periférico do município de Araraquara interior do Estado de São Paulo caracterizado pela predominância de população carente de baixa renda sua maioria migrantes de outros estados, e considerado pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social do município como uma área de alto risco e vulnerabilidade psicossocial.

Esta constituída por uma população cadastrada de 4137 habitantes e, apenas possui uma equipe de ESF que atua de forma mista responsável pela abrangência de 100 % da população. A população idosa representa 8 % da população em geral segundo o Sistema de Informação Básica (SIAB 2014).

Um dos maiores problemas do bairro é a venda e consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas, existe trinta pontos de venda drogas segundo relatório de visitas domiciliares feitos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) além do alto consumo de psicotrópicos especialmente pela população idosa, aproximadamente mais de 10% da população idosa faz uso de benzodiazepínicos por mais de um ano segundo dados da Ficha de Atendimento Ambulatorial do Centro do Processamento de Dados (CPD) da Secretaria da Saúde do Município de Araraquara (SIAB 2014).

3.2 Sujeitos da intervenção

Usuários maiores de 60 anos que estejam tomando benzodiazepínicos por mais de 6 meses de forma contínua o 1 ano de forma intermitente. Aproximadamente mais de 10% da população idosa faz uso de

benzodiazepínicos por mais de um ano segundo dados da Ficha de Atendimento Ambulatorial do Centro do Processamento de Dados (CPD) da Secretaria da Saúde do Município de Araraquara. Serão excluídos usuários com transtorno mental grave , usuários de drogas ilícitas e usuários que não queiram participar

3.3 Estratégias e ações

Capacitação e sensibilização à equipe através de palestras, rodas de conversa e material educativo realizado pelos pesquisadores sobre uso, abuso, reações adversas e forma de retirada de benzodiazepínicos em idosos, além de transtornos mentais como ansiedade e insônia

Melhora no acolhimento com abertura de consultório de saúde mental que funcionara as 6tas feiras.

Identificação de usuários crônico de benzodiazepínicos segundo dados da Ficha de Atendimento Ambulatorial do Centro do Processamento de Dados (CPD) da Secretaria da Saúde do Município de Araraquara. Identificação de usuários que conseguem medicamentos fora da unidade através dos agentes comunitários de saúde previamente capacitados e sensibilizados

Elaboração de material educativo informativo motivacional será elaborada pela equipe da ESF em base a entrevista motivacional criada por William Miller que tem como objetivo principal promover a mudança do comportamento é uma técnica de abordagem não afrontativa e semi estruturada. Será elaborada em um linguagem de fácil acesso e muito visual o qual será apresentado e lido aos usuários por os membros do equipe como primer passo do processo de intervenção já que a maioria dos usuários são analfabetos ou tem problemas de compreensão de leitura

Os usuários identificados pela equipe serão convocados para intervenção e avaliação medica para inicio de retirada .

A estratégia de retirada será baseada na intervenção educativa breve estruturada e padronizada em base a entrevista motivacional de 15 a 20 minutos máximo 30 minutos.

Entrevista estandardizada estará baseada em explicar no que consiste e para que servem os benzodiazepínicos abordar os conceitos da

dependência, o que é a síndrome de abstinência e os sintomas de retirada enumerar os principais problemas derivados do uso prolongado (diminuição dos reflexos, aumento de quedas e fraturas e prejuízo na memória),informar a importância da retirada gradual para não apresentar os sintomas de abstinência, além de garantir o apoio e acompanhamento durante o processo.(Anexo 1)

Os usuários que concordarão com o início da retirada se realizara uma redução gradual mais seguimento medico. A redução será protocolizada do 25 % da dose total do benzodiazepínico em base a doses equivalentes de diazepam já que o diazepam por características farmacocinéticas e o efeito de vida media longa é o ideal para realizar este processo e evitar os sintomas de abstinência . A retirada será realizada cada 15 dias segum sintomas e decisão do usuário(Anexo 2)

Elaboraremos uma ficha de recolecção de dados o qual será preenchida na primeira consulta e uma ficha de seguimento dos sintomas de retirada e abstinência(Anexo 3 e 4)

Os que se tenha dificuldade na retirada por problemas de ansiedade sérios o alguns outros problemas psiquiátricos serão encaminhados para consulta psiquiátrica ou psicológica.

Realizaremos rodas de conversas entre usuários e membros do equipe para resolver duvidas e incentivar a retirada com os usuários que tenham dificuldade na continuidade da redução das doses posteriores

3.4 Avaliação e monitoramento

Se iniciará com a avaliação através de testes de conhecimentos com a equipe sobre uso crônico, abusivo, efeitos adversos e a forma de retirada de benzodiazepínicos além de sintomas de abstinência. Esses dados serão consolidados para verificar constantemente a necessidade de Educação Continuada.

O material educativo se considerará como satisfatório se os usuários aceitarem a convocação para consulta médica de retirada

A intervenção educativa breve motivacional estruturada realizada pelo médico será considerada efetiva se os usuários aceitarem o início da retirada.

O seguimento médico será realizado a cada 15 dias onde se monitorizará os sintomas de abstinência e se resolverão outras queixas dos usuários já que o usuário idoso na maioria dos casos é pluripatológico e poli medicado.

Os agentes comunitários de saúde realizarão visita domiciliar a cada 15 dias para ter certeza que os usuários estão cumprindo as orientações de redução de doses ou se tem dúvidas ou sintomas que dificultem a retirada, razões estas possivelmente não mencionadas na consulta de seguimento.

Após essas ações haverá análise de prontuários, para consolidação do número inicial de pacientes que aceitaram passar pela intervenção e a taxa de redução de medicamentos, verificando o indicador de prevalência de redução do uso de medicação nos mesmos.

4. Resultados esperados

Com este projeto espera-se descontinuar ou diminuir a uso crônico de benzodiazepínicos em idosos com mínimos efeitos adversos através da educação direta e o empoderamento dos usuários tendo como cenário e apoio a ESF.

Melhorar o acolhimento dos usuários idosos com problemas de uso crônico de benzodiazepínicos e educar a equipe a enfrentar os problemas de transtornos de ansiedade e insônia que são a base desta problemática.

5. Cronograma

Atividades	Ago/14	Set/14	Out/14	Nov/14	Dez/14	Jan/15	Fev/15
Escolha do tema	X						
Elaboração do projeto		X	X	X			
Levantamento da Literatura	X	X	X	X	X	X	
Levantamento de dados			X	X			
Revisão final do projeto				X	X	X	
Finalização do projeto						X	
Apresentação do projeto							X

6. Referências Bibliográficas

1. Auchewski L, Andreatini R, Galduróz JC, de Lacerda RB. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26(1): 24-31.
2. NCB(International Narcotics Control Board).Report of international narcotics control board for 2008.New York : United Nations; 2009.
3. Notoa AR, Carlinia EA, Mastroianni PC, Alvesa VC, Galduróza JCF, Kuroiwac W. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. Rev Bras Psiquiatr 2002; 24(2): 68-73.
4. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País. CEBRID: São Paulo; 2005.
5. Luijendijk HJ, Tiemeier H, Hofman A, Heeringa J, Stricker BH. Determinants of chronic benzodiazepine use in the elderly: a longitudinal study. Br J Clin Pharmacol. 2008 Apr;65(4):593-599.
6. Alvarenga JM, Loyola Filho A, Firmo JO, Lima-Costa MF, Uchoa E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). Rev Bras Psiquiatr. 2008 Mar;30(1):7-11.
7. Vicens Caldentey C. Gelabert Fiol F. Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria. Inf. Ter.Sist.Nac Salud . 2008; 32 (2):52-57
8. Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, Antoine P, et.al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study BMJ 2014 set; 349: g5205 1-10.
9. Belleville G. Mortality hazard associated with anxiolytic and hypnotic drug use in the National Population Health Survey. Can J Psychiatry. 2010 Sep;55(9):558-67.

10. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Apr;60(4):616-31.
11. World Health Organization and Alzheimer's. Disease : a public health priority. World Health Organization, United Kingdom 2012.
12. Gonçalves Nordon D, Akamine K, Ferreira Novo N, Krakauer Hübner CV, Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária *Rev psiquiatr Rio Gd Sul* 2009, Sept./Dec vol.31(3)152-158.
13. Correia VR1, Barros S, Colvero Lde A. Mental health in primary health care: practices of the family health team. *Rev Esc Enferm USP.* 2011 Dec;45(6):1501-6.
14. Ribeiro LM, de Medeiros SM, de Albuquerque JS, Fernandes SM. Mental health nursing and the family health strategy: how the nurse is working?. *Rev Esc Enferm USP.* 2010 Jun;44(2):376-82.
15. Voshaar RC, Couvée JE, van Balkom AJ, Mulder PG, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use Meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2006 Sep;189:213-20.
16. Parr JM1, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, McD Young R. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction.* 2009 Jan;104(1):13-24.
17. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. *Br J Gen Pract.* 2011 Sep;61(590):573-578
18. Richard Saitz, Daniel P. Alford, Judith Bernstein, Debbie M. Cheng, Jeffrey Samet. Screening and Brief Intervention for Unhealthy Drug Use in Primary Care Settings: Randomized Clinical Trials Are Needed. *J Addict Med.* 2010 September ; 4(3): 123–130
19. Humeniuk R1, Ali R, Babor T, Souza-Formigoni ML, de Lacerda RB, Ling W, McRee B, Newcombe D, Pal H, Poznyak V, Simon S, Vendetti J. A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction.* 2012 May;107(5):957-66

20. Araújo Pereira A, Borges Dias R, Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica, 1ª ed. Belo Horizonte. NESCON/UFMG. 2009.
21. Martin P, Tamblyn R, Ahmed S, Tannenbaum C. A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly Patient Educ Couns. 2013 Jul;92(1):81-87
22. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Intern Med. 2014;174(6):890-898

7. ANEXOS

7.1 ANEXO Nº 1

Conteúdo da entrevista estandarizada e estruturada

1. Explicar o que são e para que servem as benzodiazepinas, insistir no seu efeito benéfico no curto prazo.
2. Explicar os conceitos de dependência como a capacidade do corpo de se adaptar o que é o síndrome de abstinência e os sintomas de retirada
3. Listar os principais problemas decorrentes da utilização prolongada destacando na diminuição de reflexos , quedas, fratura de quadril e perda da memória.
4. Informar a importância da retirada que seja gradual para que o corpo se adapte novamente para não apresentar sintomas desagradáveis secundários à descontinuação do tratamento.
5. Assegurar o apoio e assistência durante todo o processo de retirada conjuntamente com as dificuldades que possam surgir

7.2 ANEXO Nº 2

Histórico sobre o uso de benzodiazepínico

Sexo	Fem() Masc ()	
Idade		
Religião		
Condição socio econômica em salários mínimos	1 a 3() 4 a 7 () 8 a11 () mais d e 11 ()	
Grau de instrução	() nunca freqüentou escola () 1º grau - completo () 2º grau - completo () 3º grau - completo	
Atendimento medico	() particular () SUS () outro convênio/ qual?	
Medicamento inicial prescrito		
Medicamento atual prescrito		
Motivo do início do tratamento		
Sintomas pelos quais iniciou tratamento		
Relato de uso		
Tempo de uso de benzodiazepínico		
Primeiro Prescritor/local		
Prescritor atual/local		
Percepção sobre o uso do benzodiazepínico:		
Receitas obtidas fora da ESF/local		
Receitas repetidas sem consulta		
Houve clareza nas informações do prescritor, ao paciente, sobre: -O tempo total do tratamento com benzodiazepínico? -O risco de dependência e efeitos adversos a longo prazo? -A forma de retirada do medicamento?	Sim	Não
Pega ou já pegou medicamentos de outras pessoas?		
Já tentou deixar de tomar? Se sim, por que?		
Houve sucesso na tentativa? Se não, por que?		

7.3 ANEXO Nº 3

PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE RETIRADA DE BENZODIAZEPINICOS



