



**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MODALIDADE A
DISTÂNCIA**

PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

***Fatores predisponentes para o consumo elevado de
benzodiazepínicos na população adulta da área de
abrangência da equipe de saúde pertencente na ESF
Jaguari do município de Americana***

Autor:

Percy Alfredo Rodriguez Marca

Orientadora:

Kelly Pereira Coca

São Paulo

2015

SUMÁRIO

pág

1.	INTRODUÇÃO.....	
	2	
2.	OBJETIVOS	
	4	
2.1.	OBJETIVO GERAL.....	4
2.2.	ESPECÍFICOS.....	4
		OBJETIVOS
3.	METODOLOGIA.....	
	5	
3.1.	CENÁRIO	DA
INTERVENÇÃO.....	5	
3.2.	SUJEITOS	DA
INTERVENÇÃO.....	5	
3.3.	ESTRATÉGIAS	E
AÇÕES.....	5	
3.4.	AVALIAÇÃO	E
MONITORAMENTO.....	6	
4.	RESULTADOS	
ESPERADOS.....	7	
5.	CRONOGRAMA.....	
	8	
6.	REFERÊNCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS.....	9	

1. INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos foram prescritos para o tratamento dos transtornos ansiosos durante a década dos 70, como uma opção segura e de baixa toxicidade. Mas ao final da mesma década, a empolgação inicial deu lugar à preocupação com o consumo, os pesquisadores detectaram o potencial de uso nocivo e risco de dependência ⁽¹⁾.

Atualmente, os benzodiazepínicos ainda possuem indicações precisas para tratamento de transtornos psiquiátricos, controle da ansiedade, mas continuam sendo prescritos de forma indiscriminada, tanto por psiquiatras quanto por médicos de outras especialidades. Observa-se que 1 em cada 10 adultos recebem prescrições de benzodiazepínicos a cada ano, a maioria feita por clínicos gerais, que tem em sua lista, pacientes dependentes de benzodiazepínicos. ⁽²⁻³⁾

Em geral, a dependência é apresentada como uma grande variabilidade individual, uma vez que existem pessoas capazes de consumir substâncias aditivas com moderação, ou forma ocasional ou social, enquanto outros, após um curto ou longo período de consumo tornam-se consumidores compulsivos. A maioria deles têm dificuldade para deixar o consumo. ⁽⁴⁾

De acordo com a função para a qual foram criados, estas drogas podem ser divididas em várias categorias: ⁽⁵⁻⁶⁾

- a) Tranquilizantes principais (neurolepticos). São substâncias para combater comportamentos psicóticos, como esquizofrenia, depressão ou processos maníacos.
- b) Tranquilizantes menores (ansiolíticos). Aplicado no tratamento de alguns comportamentos neuróticos.
- c) Pilulas para dormir (hipnóticos). São os barbitúricos os mais conhecidos, que juntamente com os opiáceos, foram durante bastante tempo as substâncias usadas para tranquilizar a agitação e ansiedade de doentes com problemas psiquiátricos. Elas são substâncias altamente viciantes, que criam grandes sintomas de dependência e abstinência severas. Essas substâncias são substituídas por benzodiazepinas.

Os benzodiazepínicos têm potencial de abuso: 50% dos pacientes que usam este medicamento por mais de 1 ano, evoluem com síndrome de abstinência. Os sintomas começam progressivamente dentro de 2 a 3 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida curta e de 5 a 10 dias após a parada de

benzodiazepínicos de meia-vida longa, podendo também ocorrer após a diminuição da dose. Abstinência refere-se à emergência de novos sintomas seguintes à descontinuação ou redução dos benzodiazepínicos. Ocorrem dentro de poucos dias após a retirada dos benzodiazepínicos e permanecem por vários dias.⁽⁷⁻⁸⁾

Em uma pequena minoria pode ocorrer o que se chama de síndrome de abstinência protraída ou pós-abstinência. Os sintomas são similares aos da retirada dos benzodiazepínicos, porém em menor número e intensidade, podendo durar alguns meses. A retirada gradual e um acompanhamento psicológico mais freqüente e prolongado colaboram no alívio destes sintomas.⁽⁹⁾

Não se justifica o uso de benzodiazepínicos por longos períodos, exceto em situações especiais. Apesar do desconforto inicial, devido à presença da síndrome de abstinência, pacientes que conseguem ficar livres de benzodiazepínicos por pelo menos cinco semanas apresentam redução nas medidas de ansiedade e melhora na qualidade de vida.⁽¹⁰⁾

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Reduzir o consumo de medicamentos benzodiazepínicos nos pacientes da área de abrangência da equipe, pertencente na ESF Jaguari, assim como suas consequências.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os principais fatores que interferem na indicação dos medicamentos benzodiazepínicos nos pacientes da área de abrangência da equipe.
- Identificar dentro desses fatores, os casos em que o uso de medicamentos benzodiazepínicos é medicamente justificado.
- Eliminar ou diminuir o consumo de benzodiazepínicos nos pacientes que atualmente fazem uso destes medicamentos na área de abrangência da equipe.

3. METODOLOGIA

3.1. CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção será desenvolvido na ESF Jaguari, localizada na Americana, São Paulo. Nosso cenário da intervenção também incluirá os domicílios da área da equipe de saúde da ESF, onde residem os pacientes consumidores de benzodiazepínicos, bem como as instituições de apoio como o NASF, CAPS, pertencentes à área de abrangência da equipe.

3.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

No Brasil, pelo fato de ter um sistema de saúde SUS, beneficia a qualquer pessoa de forma gratuita, sem restrição de raça, idade, orientação sexual, etc., então a população a ser beneficiada inclui os pacientes consumidores de benzodiazepínicos cadastrados na área de abrangência da equipe de saúde, pertencente na EFS Jaguari, bem como seus familiares.

Em conjunto com a equipe de saúde (enfermeira, auxiliares, ACS e profissionais do NASF - principalmente psicólogas e psiquiatras), será montada uma estratégia, baseada principalmente no desenho de uma agenda de consultas médicas compartilhadas (médicos, psiquiatras, psicólogos) no domicílio do paciente, como a finalidade de identificar as principais causas segundo as quais nossos pacientes fazem uso de benzodiazepínicos.

3.3. ESTRATÉGIAS E AÇÕES

Etapa 1.

Identificação da população dos pacientes consumidores de medicamentos benzodiazepínicos por meio dos prontuários médicos.

Etapa 2.

Avaliar a justificativa médica inicial que foi necessária para o primeiro contato de nossos pacientes com os medicamentos, identificar também se os pacientes fazem uso de outro tipo de medicação sedativa.

Etapa 3.

Selecionar o grupo de pacientes que não apresentam indicação para a continuidade do consumo da medicação.

Etapa 4.

Promover um grupo de ação educativa para discutir a necessidade de suspensão da medicação. Reuniões inicialmente semanais com toda a equipe mais NASF e CAPS, com o objetivo de avaliação personalizada e individual de nossos pacientes.

3.4. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Com uma análise mensal e revisão das receitas de benzodiazepínicos feitas e entregues aos pacientes, vamos avaliar se estamos fazendo ou não um bom trabalho.

A orientação sobre o uso e abuso deste tipo de medicamentos é um exercício simples de ser realizado, mais muito importante, já que vai nos permitir criar ciência em nossos pacientes dos efeitos dos benzodiazepínicos, a dependência principalmente e outros efeitos adversos no uso a curto e longo prazo.

Conseguiremos também uma melhor organização das prescrições contínuas com redução ao mínimo possível do número de medicações (evitar polifarmácia), orientações para evitar auto-medicação e adequar a administração daquelas de uso contínuo necessário, evitando sobredosagens ou uso irregular das mesmas. Para isso, o treinamento primeiro das ACSs pela equipe (médico e enfermeira) e, depois dos cuidadores orientados pelas próprias ACSs, é fundamental.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se, neste processo, um período aproximado de 12 meses, atingir a redução do uso de benzodiazepínicos, com resultados a serem sentidos a médio e longo prazo, instituindo medidas que poderão ser assimiladas pelos pacientes e a família de cada um deles, levando então à prevenção dos principais fatores para o uso de benzodiazepínicos, os fatores de fragilidade e à importância de um ambiente e estilo de vida saudável para uma vida de qualidade para os pacientes de agora e

Apresentação dos resultados para equipes e comunidades													X
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Silva JA. Historia dos Benzodiazepínicos. In: Bernik MA, editor. Benzodiazepínicos, Sao Paulo (SP): Edusp; 1999. p. 15-28.
- (2) Nastasy H, Ribeiro M, Marques ACPR. Abuso e dependencia dos Benzodiazepínicos 2008: p. 3-8
- (3) Hirst A, Sloan R. Benzodiazepinas y fármacos relacionados para el insomnio en cuidados paliativos.
- (4) Pérez Hernandez BG. Reacciones adversas a los medicamentos y adicción a otras sustancias. En: Moron Rodriguez FG, Levy Rodriguez M, Farmacologia General, La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002: p. 70-89
- (5) Bernik MA, Asbahr FR, Soares MBM, Soares CN. Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos. J Bras Psiq 1991: p. 191-198.
- (6) Fraser AD. Use and abuse of the Benzodiazepines. The Drug Monit 1998: p. 481-485

(7) WHO, Review Group. Use and abuse of Benzodiazepines. Bull World Health Org 1983: p. 551-562

(8) Laranjeira R, Castro LA. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiencia. São Paulo; Edusp 1999: p. 187-198.

(9) Nappo S, Carlini EA, Preliminary Findings: Consumption of Benzodiazepines in Brazil during the year 1988 and 1989. Drug, alcohol Depend, 1993: p. 7-11

(10) Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1° e 2° graus de 10 capitais brasileiras - 1997. São Paulo (SP): Centro brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas - Departamento de psicobiología - UNIFESP - EPM; 1997.