

UNA SUS - UNIFESP

NELLIE PARRA RUBIO

Plano de intervenção para a diminuição do uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos na Estratégia Saúde da Família

Orientadora: Prof. Valéria Calil Abrão Salomão

SÃO PAULO

2016

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	2
2.	OBJETIVOS:	6
3.	MÉTODO:.....	7
4.	CRONOGRAMA.....	10
6.	RESULTADOS ESPERADOS.....	12
7.	REFERÊNCIAS	13

1. INTRODUÇÃO

O uso de benzodiazepínicos (BDZs) tem crescido consideravelmente na população em geral. Os BDZs são os psicotrópicos mais consumidos na atualidade, muitas vezes com uma administração prolongada e desnecessária. Os psicotrópicos representam parte considerável dos medicamentos utilizados no Brasil. Em 2000, 13,6% das prescrições médicas foram para esse tipo de medicamento e dentre esses os benzodiazepínicos foram os mais vendidos (BALDISSERA; COLET; MOREIRA, 2010). No Brasil, são a terceira classe de drogas mais prescrita, sendo utilizados aproximadamente por 4% da população.

A vigilância sanitária controla sua dispensação, mas ainda assim são utilizados de forma ilegal e incorreta (MENDES, 2016). Os benzodiazepínicos podem causar muitos efeitos colaterais, em curto prazo, sonolência diurna e a longo prazo, alguns efeitos mais graves, como: perda de memória, da função cognitiva e desequilíbrio. Na década de 90 alguns estudos de revisão sistemática avaliaram o uso de BZDs em idosos e o aparecimento de efeitos adversos. Observaram-se uma associação entre o uso de BZDs e as fraturas e quedas em idosos. Outros estudos mostraram que existia uma maior associação a fraturas quanto maior o tempo de duração do tratamento. A Associação Psiquiátrica Americana concluiu que a idade avançada e o uso de BZDs por mais de quatro meses constituem fatores de risco para o aumento da toxicidade pela medicação, déficit cognitivo, desenvolvimento de dependência e ainda aumento de taxas de acidentes, quedas e fraturas entre idosos. Revisões sistemáticas da Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicadas apontam que os BZDs no tratamento da insônia e ansiedade têm benefícios inferiores aos riscos quando utilizados principalmente por mais de um mês. (CRUZ.et. AL, 2006).

Diversos fatores influenciam no uso de benzodiazepínicos, desde a facilidade dos médicos em receitá-los, a automedicação e a prática que se torna cada dia mais popular de empréstimo de medicação entre os pacientes e/ou indicação dos usuários para amigos ou familiares. Há muitas características do estilo de vida da sociedade moderna que favorecem o uso de BZDs como: trabalhos desmotivadores e com longas jornadas, estresse no ambiente de trabalho e má remuneração. (SOUZA; OPAYE; NOTO, 2013).

Em um estudo feito com mulheres em 2013 sobre o assunto mostrou que a maioria delas adquiria a medicação com: psiquiatra, em primeiro lugar, seguido de ginecologista, cardiologista e clínico geral. A maioria disse ter um médico de cabeceira, mas nem sempre necessitava passar em consulta para a obtenção da prescrição. (SOUZA; OPAYE; NOTO, 2013).

De acordo os autores do estudo:

Os motivos de uso estavam relacionados, predominantemente, à diminuição da ansiedade (por exemplo, sintomas de pânico, situações estressantes, como brigas familiares, problemas relacionados ao trabalho), problemas de insônia (dificuldade para dormir ou para manter o sono) ou “fuga dos problemas” (como exemplo, para enfrentar algum momento angustiante na vida, para dormir melhor, sendo o uso nesses casos esporádicos, geralmente uma vez por semana). (SOUZA; OPAYE; NOTO; 2013, p.4).

Os BDZs são fármacos que tiveram sua primeira utilização partir dos anos 60. O Clordiazepóxido foi o primeiro da classe a ser lançado no mercado depois de cinco anos da descoberta de seus efeitos miorrelaxantes, hipnóticos e ansiolíticos. A princípio esses medicamentos apresentaram baixos riscos de intoxicação e dependência o que propiciou uma rápida adesão dos médicos a eles. Mas com o passar dos anos, foram observados os primeiros casos de uso abusivo, além do desenvolvimento de síndrome de abstinência, tolerância e dependência pelos usuários crônicos de BDZs. O início desse processo demora de quatro a seis semanas. Nos anos 70 a medicação estava de moda, mas após essas descobertas seu uso passou a ser restringido. (ORLANDI; NOTO, 2005)

Os BDZs têm efeitos ansiolítico-tranquilizantes, hipnótico-sedativos, anticonvulsivantes, miorrelaxantes e induzem a amnésia e alterações psicomotoras. Todos eles produzem esses efeitos em maior ou menor grau dependendo da quantidade utilizada. O uso mais frequente desses fármacos tem a ver com seu efeito hipnótico e ansiolítico. (GORESTEIN; POMPEIA, 1999)

Com relação aos efeitos farmacodinâmicos dos BDZs, os mesmos são mediados por sua interação com pelo menos dois sítios de reconhecimento no SNC. Um deles é associado aos receptores do ácido γ -aminobutírico do tipo A. A outra categoria é a do Receptor Periférico de BDZs (RPB), a qual independe do GABA.

Em relação à farmacodinâmica os BDZs são altamente lipossolúveis, se distribuem extensivamente a todos os tecidos, atravessam a barreira hematoencefálica com relativa facilidade e portanto penetram rapidamente o SNC após a ingestão oral. A lipossolubilidade é variável entre os BDZs, o Diazepam e o Clordiazepóxido são altamente lipossolúveis e, portanto, tem distribuição errática quando administrados por via intramuscular, já o Midazolam e o Lorazepam possuem boa hidrossolubilidade e são seguros para administração intramuscular. A metabolização dos BDZs é hepática (GORESTEIN; POMPEIA,1999).

A dimensão cultural e social também tem influência no uso de BDZs. Os consumidores colocam seu significado dentro de um contexto histórico, social e cultural. Existem muitos mecanismos que influenciam no seu consumo, entre eles, a propaganda da indústria farmacêutica, os meios de comunicação, os valores morais e estéticos, entre outros. Essas medicações ultrapassam um significado meramente científico ou químico e ganham na sociedade novos significados. A posição do médico e do paciente na estrutura social interfere no modo em que o calmante é utilizado. Geralmente há uma comunicação parcial e fragmentada quando o paciente pertence a uma classe social baixa. Os termos médicos são transformados pelos pacientes de acordo com sua realidade cultural e social e, portanto, deveriam ser adaptados pelo médico para ajudar no processo de compreensão desses termos. O contexto social no qual vive o paciente (familiares, amigos, terapeutas, vizinhos) influencia no uso da medicação. A comunidade vai criando o significado das doenças e das práticas para curá-las, pois a mesma inventa maneiras de solucionar todas as questões relativas à saúde e a doença de acordo com seu universo sociocultural (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

O Programa de Saúde da Família ou PSF no Brasil, conhecido hoje como “Estratégia de Saúde da Família” (ESF), teve início em 1994 com o objetivo implantar a atenção primária nos municípios. A ESF muda o modelo até então vigente, o qual predominava a visão hospitalocêntrica e o atendimento emergencial ao doente em um modelo de atenção biopsicossocial, onde o indivíduo é visto como um todo e a família passa a ser o objeto de atenção. A atenção básica possui quatro características: porta de entrada, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. E, como porta de entrada, recebe diariamente grande demanda de

pacientes de saúde mental em uso de ansiolíticos e antidepressivos, que vem em busca de receitas controladas. (REIS; DE ARAUJO; CECILIO).

No contexto onde trabalhamos existe um aumento do número de usuários de BDZs, principalmente de Clonazepam 2 mg e o Diazepam 10 mg, dispensados gratuitamente pelo município. A maioria dos pacientes os utilizam por transtornos de ansiedade ou como indutores do sono. Muitos deles fazem acompanhamento com o psiquiatra e outros somente com a médica da família. Este trabalho se justifica pelo elevado número de pacientes em uso crônico e indiscriminado de BDZs. Foi constatado desde julho de 2015, uma média de quinze pacientes por mês, em uma ESF, de pequena demanda, onde vários utilizam o medicamento há muito tempo. O tempo do uso da medicação vai de três meses até vinte e três anos. Muitos sofrem os efeitos colaterais e desenvolveram dependência e tolerância. Portanto, foi elaborado um projeto de intervenção com o objetivo de reduzir esses índices na população da ESF Alcides Vieira, em Araçoiaba da Serra, São Paulo, através do desenvolvimento de um programa de educação em saúde mental, tanto para os usuários como para os profissionais de saúde.

2. OBJETIVOS:

Objetivo Geral: Elaborar um plano de intervenção para reduzir o uso crônico de benzodiazepínicos nos usuários do município de Araçoiaba da Serra, entre os meses de agosto de 2016 a maio de 2017.

Objetivos Específicos:

- 1- Estabelecer a prevalência do uso crônico de benzodiazepínicos.
- 2- Estabelecer os grupos de risco para o uso de benzodiazepínicos (gênero, faixa etária, inserção profissional, uso de outros psicotrópicos).
- 3- Desenvolver programa de educação continuada em saúde mental para a população
- 4- Desenvolver programa de educação continuada para capacitar os profissionais de saúde quanto ao uso racional da medicação.

3. MÉTODO:

Este trabalho consiste em um plano de intervenção para proporcionar a redução dos índices do uso de BDZs por parte dos pacientes do ESF Alcides Vieira, município de Araçoiaba da Serra, São Paulo. Esse plano será realizado através do diagnóstico situacional, discussão dentro da equipe de saúde e oferecimento de métodos desde o âmbito individual, comunitário, municipal e profissional. Será realizado um acompanhamento individual a cada paciente com o objetivo do desmame da medicação. No âmbito comunitário será realizado grupos de controle de estresse e caminhada. No âmbito municipal a proposta é o oferecimento de recursos de lazer e esporte. Finalmente no âmbito profissional serão realizadas consultas compartilhadas com os profissionais de saúde mental.

Para construção deste projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis na plataforma: SCIELO e Biblioteca Virtual do NESCON- Universidade Federal de Minas Gerais.

Local: Estratégia de Saúde da Família Alcides Vieira, município de Araçoiaba da Serra, São Paulo. Araçoiaba da Serra é um município no interior do estado de São Paulo, que possui com uma população de 31.321 habitantes (2015), a cidade possui seis equipes de Estratégia de Saúde da Família, o ESF Alcides Vieira ainda está em construção e funciona provisoriamente na Unidade Mista de Saúde, no centro da cidade, conta com duas equipes e abrange uma população de aproximadamente 5998 pessoas.

Público-alvo: Pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos, de todas as idades, pertencentes à área de abrangência da ESF.

Participantes: médica, enfermeira, técnica de enfermagem, médico psiquiatra, secretária de saúde, diretor de saúde, psicólogo e educador físico.

Quadro 1 – Plano de ação

Operação	Responsável	Prazo
Revisão bibliográfica sobre o tema.	Médica.	Dois meses para o início e concretização.
Identificação de pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos e aplicação de questionário aos mesmos, para a descrição de suas características, fazendo assim a definição e descrição do problema.	Médica e enfermeira.	Três meses para fazer o questionário a 90% dos usuários do território.
Discussão na ESF para identificação de nós críticos que impossibilitam a resolução do problema.	Médica, enfermeira e técnica de enfermagem.	Dois meses para início e fim das atividades.
Grupos de controle do estresse e ansiedade para o aprendizado dos participantes sobre higiene do sono e estilo de vida saudável.	Médica, enfermeira e técnica de enfermagem.	Um mês para discussão de temas metodologia para as palestras e dois meses para o início das palestras.
Projeto de melhoria da qualidade de vida da população através do oferecimento de maiores recursos de lazer e esporte.	Secretária e diretor de Saúde, médico e enfermeiro.	Dois meses para o início das atividades e dois anos para concretização.
Treinamento do médico de saúde da Família através da consulta compartilhada com o profissional de saúde mental para estabelecer protocolos de indicações e opções de desmame dos benzodiazepínicos.	Médica da ESF e médico psiquiatra.	Seis meses para o início e concretização.
Grupo de caminhada regular.	Educador físico.	Um mês para o início.
Oferecer plano de ação individualizado a cada paciente para o desmame da medicação.	Médica	Seis meses para o início e um ano para concretizar o desmame em 40 % da população.

Quadro 2- Avaliação e monitoramento

Operação	Avaliação e Monitoramento
Revisão bibliográfica sobre o tema.	Monitorado pela própria médica e avaliado pela orientadora do projeto de intervenção.
Identificação de pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos e aplicação de questionário aos mesmos, para a descrição de suas características, fazendo assim a definição e descrição do problema.	Monitorado pela própria médica e avaliado pelos pacientes que fizeram o questionário principal, através de um outro questionário para avaliar o desempenho dos profissionais.
Discussão na ESF para identificação de nós críticos que impossibilitam a resolução do problema.	Monitorado e avaliado pela enfermeira e através de reuniões periódicas na equipe de ESF.
Grupos de controle do estresse e ansiedade para o aprendizado dos participantes sobre higiene do sono e estilo de vida saudável.	Avaliação e monitoramento pela enfermeira, médica e os próprios usuários que terão acesso a fichas de críticas e sugestões.
Projeto de melhoria da qualidade de vida da população através do oferecimento de maiores recursos de lazer e esporte.	Associações de bairro, secretária e diretor de saúde, ministério de ação social, de educação cultura e lazer do município.
Treinamento do médico de saúde da família, através da consulta compartilhada com o profissional de saúde mental para estabelecer protocolos de indicações e opções de desmame dos benzodiazepínicos.	Secretária de saúde e profissionais de saúde mental. Reuniões com o médico psiquiatra.
Grupo de caminhada regular.	Enfermeira e técnica de enfermagem.
Oferecer plano de ação individualizado a cada paciente para o desmame da medicação.	Médica da ESF. Questionário aos participantes para ver o desempenho dos profissionais.

4. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	AGO. 2016	SET. 2016	OUT. 2016	NOV. 2016	DEZ. 2016	JAN. 2017	FEV. 2017	MAR. 2017
Revisão bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	
Treinamento da equipe	x	x						
Levantamento de dados	x	x	x					
Implementação das ações				x	x	x	x	x
Monitoramento e ajustes								
Análise de dados								
Apresentação de resultados								
Acompanhamento do projeto								

ATIVIDADES	ABRIL 2017	MAIO 2017	JUN 2017	JUL. 2017	AGO 2017	SET. 2017	OUT. 2017	NOV. 2017
Revisão bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x
Treinamento da equipe								
Levantamento de dados								
Implementação das ações	x							
Monitoramento e ajustes	x							
Análise de dados	x	x						
Apresentação de resultados		x						
Acompanhamento do projeto		x	x	x	x	x	x	x

5. RESULTADOS ESPERADOS

1. População, vulnerável ao uso de benzodiazepínicos, identificada e acompanhada no período de realização do projeto de intervenção.
2. Redução do uso crônico de benzodiazepínicos em 40% da população, com análise individual do paciente.
3. Integração do uso de protocolo estabelecido em conjunto com o serviço de saúde mental.
4. Promoção de melhor qualidade de vida do paciente na atenção básica.
5. Aumento da confiança do usuário na equipe e estreitamento do vínculo entre profissionais e pacientes.
6. População conscientizada sobre o papel dos fármacos, seus riscos, efeitos colaterais e perigos da automedicação.
7. Equipe de ESF capacitada para promoção de saúde mental na comunidade.

6. REFERÊNCIAS

BALDISSERA, Fernanda Giesel; DE FÁTIMA COLET, Christiane; MOREIRA, Angélica Cristiane. Uso Irrracional de Benzodiazepínicos: Uma Revisão. Disponível em: <<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1489/1243>>. Acesso em 26 de abril de 2016.

CRUZ, A. V. et al. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/390/374>. Acesso em 27 de abril de 2016.

GORENSTEIN, C., and POMPEIA S. Farmacocinética. "Farmacodinâmica dos benzodiazepínicos." *Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência*. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=4MABMI1eL-wC&pg=PA29&dq=farmacodin%C3%A2mica+benzodiazep%C3%ADnicos+RANG&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwir8eiLv7rOAhXEhZAKHQatC_gQ6AEIHDA#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 11 de agosto de 2016.

MENDES, Karla Carolina de Couto. O uso prolongado de benzodiazepínicos- uma revisão de literatura. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4077.pdf>>. Acesso em 26 de abril de 2016.

MENDONÇA, Reginaldo Teixeira; CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000800016>. Acesso em de agosto de 2016.

ORLANDI, P; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18.pdf>>. Acesso em 5 de agosto de 2016.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. São Paulo: UNIFESP, p.9, 2012.

SOUZA, Ana Rosa Lins de ET al. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/26.pdf>>. Acesso em 4 de agosto de 2016.