

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
- Polo Lagoa Santa -**

**MARIA CRISTINA FAZIO ZANETTI**

**PROPOSTA DE PREVENÇÃO DO USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS  
PELA POPULAÇÃO IDOSA  
ATENDIDA PELO CENTRO DE SAÚDE PIRATININGA**

Polo Lagoa Santa / MG  
2014

**MARIA CRISTINA FAZIO ZANETTI**

**PROPOSTA DE PREVENÇÃO DO USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS  
PELA POPULAÇÃO IDOSA  
ATENDIDA PELO CENTRO DE SAÚDE PIRATININGA**

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

**Tutor:** Prof. Alexandre de Araújo Pereira

**MARIA CRISTINA FAZIO ZANETTI**

**PROPOSTA DE PREVENÇÃO DO USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS  
PELA POPULAÇÃO IDOSA  
ATENDIDA PELO CENTRO DE SAÚDE PIRATININGA**

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.

**Tutor:** Prof. Alexandre de Araújo Pereira

Banca Examinadora

Prof. Alexandre de Araújo Pereira- Orientador

Profa. Roselane da Conceição Lomeo

Aprovado em Belo Horizonte

À minha filha Mariana.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Alexandre de Araújo Pereira, orientador, por todo empenho, compreensão, acima de tudo, exigência. Gostaria de ratificar a sua participação com correções, revisões, sugestões que fizeram com que eu concluísse este trabalho.

Aos meus colegas do Centro de Saúde Piratininga, pelo apoio, convívio e aprendizado.

Aos pacientes, agradeço pela confiança e a oportunidade do convívio.

À minha família, que sempre me deu amor e força, valorizando meus potenciais.

Não tenho palavras aqui para expressar meus agradecimentos à minha filha...

A todos os meus amigos e amigas que estão sempre presentes, me aconselhando e incentivando, com carinho e dedicação.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução desse trabalho.

*Sábio é aquele que conhece os limites da própria ignorância.*

Sócrates

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O Centro de Saúde Piratininga está localizado em Belo Horizonte, na Região de Venda Nova. Atende uma população de 12.284 habitantes, sendo 2.046 de idosos. O uso abusivo de benzodiazepínicos pelos idosos é uma realidade. O desafio é reverter esse quadro por meio da intervenção de uma equipe multidisciplinar e da reavaliação da prescrição ou da necessidade do uso de benzodiazepínicos pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS). **JUSTIFICATIVA:** Propõem-se formas para abordar e tratar os transtornos mais comuns na velhice como a insônia, ansiedade e depressão, lançando mão de medidas alternativas para atenuar o uso abusivo, com medidas não medicamentosas como grupos operativos, palestras, atividade física e técnicas de relaxamento e medicamentosas, como o uso de antidepressivos e outras alternativas, tendo em vista a constatação do grande número de idosos atendidos pelo Centro de Saúde Piratininga que fazem uso de benzodiazepínicos. **OBJETIVO:** Propor meios para se evitar o uso abusivo de benzodiazepínicos pela população idosa atendida pelo Centro de Saúde Piratininga. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão narrativa de artigos científicos relacionados ao tema, através de pesquisa bibliográfica no site GOOGLE Acadêmico e BIREME, utilizando como base de dados LILACS e MEDLINE, além de revistas médicas ligadas ao tema. Essa revisão bibliográfica foi necessária para poder embasar cientificamente as intervenções de prevenção e atingir o objetivo desse trabalho, através da implementação de um plano de ação voltado para se evitar o uso abusivo do benzodiazepínico em idosos. Também foram usados dados fornecidos pela farmácia do Centro de Saúde Piratininga, Censo 2010 e Gerência Regional de Saúde Venda Nova. **RESULTADOS:** Em relação ao uso de benzodiazepínico mais consumido, há uma diversidade de resultados em diferentes países. No Brasil, o diazepam e o clonazepam são os medicamentos mais receitados pelo SUS. O sexo feminino tem sido a característica sociodemográfica descrita mais consistentemente associada ao uso de benzodiazepínicos em idosos. Os estudos de base populacional mostraram os benzodiazepínicos como os psicofármacos mais consumidos pela população adulta e, dentre eles, o diazepam foi a substância química mais utilizada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O uso indiscriminado de benzodiazepínicos se deve ao baixo nível de conhecimento e conscientização da população, a falta de controle da farmácia, falta de organização do serviço e preparo dos médicos que prescrevem sem critérios e que simplesmente renovam as receitas sem consultar devidamente o idoso. A orientação médica relacionada ao uso de benzodiazepínico é um fator muito importante para minimizar a incidência dos efeitos colaterais e abusos no uso destes medicamentos. É necessário adotar medidas que estimulem o uso racional destes medicamentos, especialmente em idosos, bem como a reavaliação dos casos para verificar a possibilidade de diminuição gradativa e a real necessidade do uso, além de promover orientação à família e acompanhar cuidadosamente os pacientes. Todas estas intervenções fazem parte do Plano de Ação que foi elaborado e será desenvolvido pela Equipe de Saúde.

**Palavras Chave:** Idosos. Benzodiazepínico. Uso abusivo. Psicofármacos. Intervenção. Programa de Saúde da Família.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Piratininga's Health Center is located in Venda Nova, North of Belo Horizonte. It currently serves 12,284 inhabitants, 2,046 of which are elders. The abusive use of benzodiazepines by the elder population is a reality. The challenge is to reverse this trend through intervention of a multidisciplinary team and reevaluation of the need or prescription of benzodiazepines by professionals in the Basic Health Unity (UBS). **JUSTIFICATION:** This work presents ways of approaching and treating the most common disorders in advanced ages such as insomnia, anxiety and depression using alternative methods to mitigate abusive use with non-drug based measures such as operative groups, lectures, physical activities and relaxation techniques as well as drug based measures such as the employment of antidepressants and other alternatives having in mind the discovery of a large number of elderly people served by the UBS and that incur in the use of benzodiazepines. **OBJECTIVE:** To propose ways of avoiding benzodiazepine abusive use by the elder population served by the UBS. **METHODOLOGY:** A review of scientific articles related to the subject was conducted through research in sites such as Google Scholar and BIREME with database from LILACS and MEDLINE as well as medical journals linked to the subject. This bibliographic review was necessary to scientifically base the prevention interventions and allow reaching the goal of this work through the implementation of an action plan in order to avoid abusive use of benzodiazepines by the elderly. Data from the UBS pharmacy, the 2010 Census and the Venda Nova Regional Health management were also used. **RESULTS:** Regarding the most consumed benzodiazepine, there are different results in different countries. In Brazil, diazepam and clonazepam are the most prescribed drugs by the public health care system (SUS). Elder females are most commonly associated with benzodiazepines. The population base studies showed that benzodiazepines are the most used psychoactive drugs by the adult population, being the diazepam the most used. **FINAL CONSIDERATIONS:** The uncontrolled use of benzodiazepines is due to the population's lack of knowledge and awareness, lack of control by the pharmacy, lack of organization in the service and the physician's lack of training, who prescribes drugs without any criteria or knowledge and simply renews prescriptions without consulting the elderly. Medical orientation related to the use of benzodiazepines is an important factor to decrease the side effects and abuse of these drugs. It is necessary to adopt measures that stimulate rational use of these drugs, especially with elder people, as well as case reevaluations to verify the possibility of its gradual decrease and the real need of its use besides promoting family guidance and patient's careful follow-up. All of these interventions are part of the Action Plan elaborated and to be implemented by the Health Team.

**Keywords:** Elderly. Benzodiazepines. Abusive use. Psychoactive drugs. Intervention. Family Health Program.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1:	Área de abrangência de atendimento do Centro de Saúde Piratininga. ....	12
FIGURA 2:	Fluxograma para abordagem da insônia, depressão e ansiedade em idosos.....	26

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Número e gênero dos idosos, acima de 60 anos, em uso de benzodiazepínicos no Centro de Saúde Piratininga, no período entre 1 de setembro a 5 dezembro de 2013.....	14
TABELA 2:	Benzodiazepínicos dispensados pela farmácia do Centro de Saúde Piratininga no período de 1 de setembro a 5 de dezembro de 2013.....	14
TABELA 3:	Plano de ação proposto para prevenção do abuso de benzodiazepínicos em idosos no Centro de Saúde Piratininga.....	31

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS	agente comunitário de saúde
BZD	benzodiazepínicos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Equipe de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

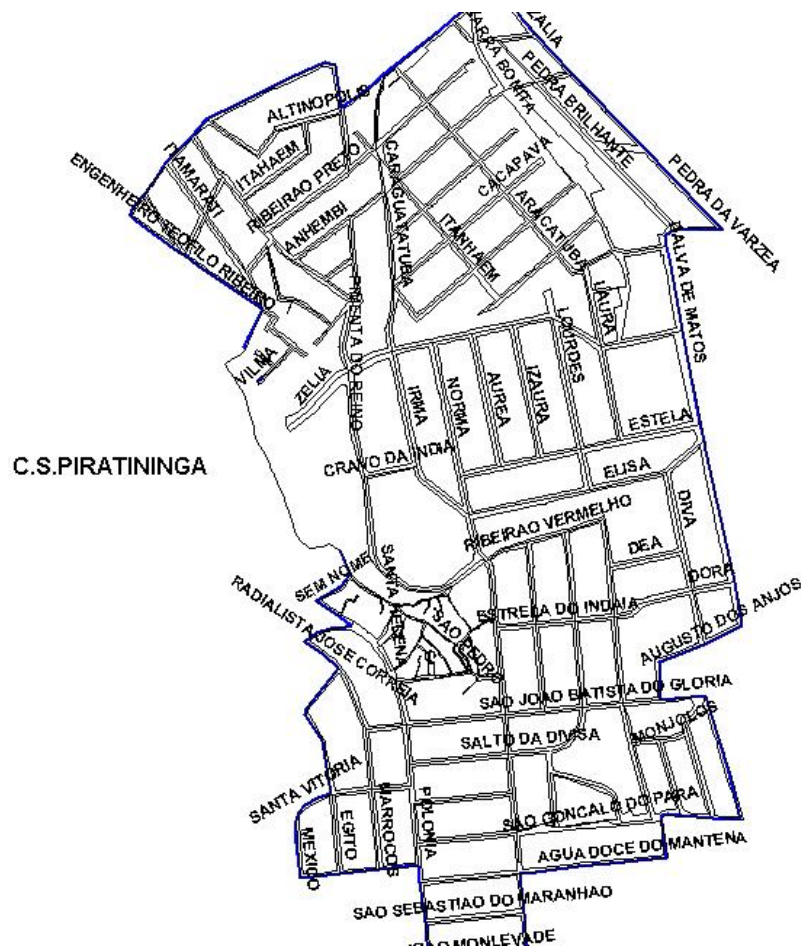
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1</b>	<i>Problemas de saúde identificados no Centro de Saúde Piratininga</i> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<i>Objetivo geral</i> .....	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<i>Objetivos específicos</i> .....	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
<b>5.1</b>	<i>Benzodiazepínicos</i> .....	<b>19</b>
<b>5.2</b>	<i>Uso abusivo e abstinência de benzodiazepínicos</i> .....	<b>20</b>
<b>5.3</b>	<i>Benzodiazepínicos em idosos</i> .....	<b>21</b>
<b>5.4</b>	<i>Indicações do uso de benzodiazepínicos em idosos</i> .....	<b>22</b>
<b>5.4.1</b>	<i>Insônia</i> .....	<b>22</b>
<b>5.4.2</b>	<i>Ansiedade</i> .....	<b>22</b>
<b>5.4.3</b>	<i>Demência</i> .....	<b>22</b>
<b>5.5</b>	<i>Tempo de uso dos benzodiazepínicos</i> .....	<b>23</b>
<b>5.6</b>	<i>Abordagem da insônia nos idosos</i> .....	<b>23</b>
<b>5.6.1</b>	<i>Medidas não-medicamentosas</i> .....	<b>24</b>
<b>5.6.2</b>	<i>Medidas medicamentosas</i> .....	<b>25</b>
<b>5.7</b>	<i>Uso de antidepressivos sedativos no tratamento da insônia e ansiedade</i> .....	<b>25</b>
<b>5.8</b>	<i>Tratamento da dependência e retirada gradual dos benzodiazepínicos</i> .....	<b>27</b>
<b>5.8.1</b>	<i>Retirada dos benzodiazepínicos</i> .....	<b>27</b>
<b>5.8.2</b>	<i>Substituição por benzodiazepínicos de meia-vida longa</i> .....	<b>27</b>
<b>5.8.3</b>	<i>Medidas não-farmacológicas</i> .....	<b>28</b>
<b>5.8.4</b>	<i>Manutenção sem benzodiazepínicos</i> .....	<b>28</b>
<b>5.9</b>	<i>Medidas preventivas para o uso dos benzodiazepínicos (BZD)</i> .....	<b>28</b>
<b>5.10</b>	<i>Papel da Equipe de Saúde da Família (ESF) no controle e acompanhamento do uso dos benzodiazepínicos em idosos</i> .....	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>PLANO DE AÇÃO</b> .....	<b>31</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>33</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo pretende estudar sobre o uso abusivo de benzodiazepínicos em idosos assistidos por uma Equipe de Saúde da Família (ESF) que atua em Piratininga, bairro que pertence a região de Venda Nova e faz divisa com os bairros Lagoa, Céu Azul, Letícia, Rio Branco e Jardim Leblon. Como característica demográfica a região apresenta 4.997 imóveis residenciais, 425 imóveis comerciais, 57 lotes vagos e 60 instituições como igrejas, creches e escolas. O bairro dispõe de três escolas públicas, sendo duas municipais e uma estadual, uma UMEI e seis escolas infantis particulares. A região foi classificada como sendo de médio à elevado risco de periculosidade, por se tratar região com graves problemas sociais, como violência e tráfico de drogas.

O mapa representado na figura 1, corresponde a região de abrangência do bairro Piratininga, com suas respectivas ruas e limites.

**FIGURA 1: Área de abrangência de atendimento do Centro de Saúde Piratininga.**



Fonte: Gerência Distrital de Regulação, Epidemiologia e Informação da Prefeitura de Belo Horizonte.

O Centro de Saúde funciona no bairro Piratininga, em uma casa alugada de três andares, com várias escadas, o que dificulta o acesso de idosos e deficientes. A área construída é de 172 m<sup>2</sup>. Está organizado em quatro equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que se revezam entre os grupos operativos e demanda espontânea. Dispõe ainda de um médico clínico geral de apoio, um ginecologista e um pediatra, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que se reúne mensalmente com cada equipe, além dos agentes da zoonose. A população é de 12.284 habitantes (Censo de 2010) e desse total 2.046 são idosos, sendo 1.124 com idade entre 60-69 anos, 554 entre 70-79 anos e 421 com 80 anos e mais.

A média de escolaridade da população geral é de ensino fundamental. A prestação de serviço é o principal ramo de trabalho, mas algumas famílias vivem da economia informal e de recursos do governo como Bolsa Escola e aposentadorias. As pessoas moram em casas de alvenaria, muitas das vezes inacabadas, e parte das moradias é alugada. Há coleta de lixo regularmente e água tratada, mas parte do território não tem rede de esgoto.

### ***1.1 Problemas de saúde identificados no Centro de Saúde Piratininga***

As principais doenças que acometem os pacientes assistidos pela ESF são hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças de notificação compulsória como dengue, tuberculose, varicela além de doenças psiquiátricas, transtornos do sono, ansiedade e depressão. No entanto, doenças como a depressão, ansiedade e insônia, apresentam-se como alguns dos maiores problemas para ESF. Os médicos do PSF encontram muita dificuldade em abordar estes transtornos bem como conduzi-los e tratá-los. A grande demanda espontânea prejudica a consulta além da falta de preparo no manejo dos pacientes por parte dos médicos, haja vista a quantidade de benzodiazepínicos disponibilizados pela farmácia do Centro de Saúde, principalmente para os idosos, como identificado na Tabela 2.

O cuidado com estes transtornos pode refletir em uma redução da demanda por consultas médicas relacionadas a queixas psicossomáticas e da renovação de receitas, além de garantir maior sucesso no tratamento e na estabilização dos pacientes.

O uso excessivo de benzodiazepínicos pelos idosos observados na Unidade Básica de Saúde (UBS) tem como causa os seguintes nós-críticos:

- prática médica fragilizada, centrada na doença, dificultando a relação médico-paciente e um melhor entendimento do seu estado de saúde mental;
- deficiência de informação ao idoso quanto às doenças mentais e seu tratamento;

- foco na doença em detrimento do entendimento do idoso e seus problemas;
- problemas familiares, sociais e financeiros que acometem os idosos.

O uso de benzodiazepínicos por homens e mulheres acima de 60 anos de idade, no Centro de Saúde Piratininga, durante o período entre 1 de setembro a 5 de dezembro de 2013, está distribuído de acordo com a droga, gênero e número de idosos, conforme Tabela 1.

**TABELA 1: Número e gênero dos idosos, acima de 60 anos, em uso de benzodiazepínicos no Centro de Saúde Piratininga, no período entre 1 de setembro a 5 de dezembro de 2013.**

Droga	Mulheres	Homens	Total
Diadepam 10 mg	34	11	45
Lorazepam1 mg	6	3	9
Clonazepam2 mg	66	19	85
Clonazepam 2,5 mg	5	5	10
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>38</b>	<b>149</b>

Fonte: Dados fornecidos pela farmácia do Centro de Saúde Piratininga (2013).

A quantidade total de benzodiazepínicos dispensada à população assistida pela farmácia do Centro de Saúde Piratininga, bem como a quantidade total dispensada aos idosos, no período entre 1 de setembro a 5 de dezembro de 2013, de acordo com cada medicamento fornecido, estão dispostos na Tabela 2.

**TABELA 2: Benzodiazepínicos dispensados pela farmácia do Centro de Saúde Piratininga no período de 1 de setembro a 5 de dezembro de 2013.**

Droga	Total dispensado ao público	Total dispensado aos idosos	%
Diazepam 10 mg	6.566 comprimidos	3.056 comprimidos	46,54
Lorazepam1 mg	690 comprimidos	630 comprimidos	91,3
Clonazepam2 mg	16.506 comprimidos	5.370 comprimidos	32,53
Clonazepam 2,5 mg	30 frascos	20 frascos	66,66

Fonte: Dados fornecidos pela farmácia do Centro de Saúde Piratininga (2013).

## 2 JUSTIFICATIVA

Tem sido cada vez maior o uso de benzodiazepínicos para tratamento de transtornos como insônia, ansiedade e depressão, pela população em geral, sendo a população idosa uma das mais afetadas.

Para melhor esclarecer, foi realizado um levantamento sobre o uso de benzodiazepínicos no Centro de Saúde Piratininga, tomando como base os meses de setembro a dezembro de 2013. O período de 90 dias se deveu ao fato de os psicotrópicos serem dispensados pela farmácia a cada 60 dias obrigando os pacientes a retornar para pegar nova receita após este prazo. Desta forma conseguimos levantar o número de pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos no Centro de Saúde. De um total de **6.566** comprimidos de diazepam 10 mg dispensados pela farmácia da Unidade de Saúde, **3.056** foram para idosos acima de 60 anos, ou seja, mais de um terço do total fornecido. A situação é ainda mais grave com relação ao lorazepam 1 mg, cujo **690** comprimidos foram fornecidos, **630** foram de receitas de idosos. Já o clonazepam, medicamento desta classe mais distribuído pela Unidade de Saúde, dos **16.506** comprimidos dispensados, **5.370** foram para os idosos, ou seja, **32,53%**. Do clonazepam 2,5 mg gotas, dos 30 frascos fornecidos no período, 20 foram para pacientes acima de 60 anos, sendo que 10% destes, faziam uso de mais de um frasco pelo período de 30 dias.

Estamos tentando buscar meios para abordar a população idosa, evitando o uso abusivo destes medicamentos bem como propor meios para se fazer a retirada gradual dos benzodiazepínicos na população idosa através de reavaliação médica de cada caso. Pode não ser tarefa fácil devido a demanda espontânea ser muito grande e a Equipe de Saúde ter agendas comprometidas com grupos operativos, reuniões e capacitações. Temos apenas um psicólogo do NASF, que cobre dois centros de saúde com quatro equipes cada. As reuniões de saúde mental são mensais e sempre há muitos casos a serem discutidos. Muitas vezes esta abordagem se torna impossível devido ao volume de atendimentos e até mesmo pela resistência à retirada ou troca da medicação pelos pacientes e seus familiares. Os pacientes encaminhados ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), muitas vezes retornam para que seja feito acompanhamento pelo clínico, e este por sua vez, só renova as receitas, sem nenhum controle ou acompanhamento.

A criação de um projeto de ação para o manejo desses pacientes se faz necessária para que possamos trabalhar de forma equilibrada e coerente, com ações conjuntas e uniformes, ações estas que necessitam da ajuda multidisciplinar. Isso facilitará também o trabalho dos



profissionais novatos que chegam à Unidade, visto que constantemente as equipes estão sendo remanejadas, devido ao grande rodízio de profissionais.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 *Objetivo geral***

Elaborar um plano de intervenção em idosos usuários de benzodiazepínicos no Centro de Saúde Piratininga.

#### **3.2 *Objetivos específicos***

- Identificar a clientela acima de 60 anos de idade em uso contínuo de BZD no Centro de Saúde Piratininga.
- Definir um protocolo de atenção ao idoso na abordagem da insônia e da retirada gradual de benzodiazepínicos.
- Implantar estratégias educativas de prevenção do uso abusivo de benzodiazepínicos.

#### 4 METODOLOGIA

O estudo trata de uma revisão narrativa. Esse tipo de revisão, também conhecida como tradicional, é ampla e não exige um protocolo rígido para sua realização (CORDEIRO *et al.*, 2007). A revisão narrativa é qualitativa e expressa à percepção pessoal dos autores selecionados, o que permite ao leitor atualizar seu conhecimento em um curto espaço de tempo (ROTHER, 2007). Esse tipo de revisão foi escolhido devido à possibilidade de considerar a literatura em diversos meios, tais como livro e artigos de revistas eletrônicas, além de dados secundários obtidos em serviços de saúde.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de levantamento de artigos relacionados ao tema, utilizando o site do Google Acadêmico e Bireme, tendo como fonte de dados o Lilacs e Medline. As palavras chave utilizadas foram: idosos, benzodiazepínicos, uso abusivo, psicofármacos, intervenção e Programa de Saúde da Família, assim como suas combinações. Buscou-se as publicações com citações referentes a idosos e o período pesquisado foi de 1998 a 2011. O idioma preferido foi o português.

Foi realizada leitura exploratória dos resumos das publicações encontradas, selecionadas as mais relacionadas ao tema. Por meio das referências bibliográficas das obras selecionadas, chegou-se a alguns trechos de livros e artigos, complementando a pesquisa com Google Acadêmico e monografias pertinentes ao tema. Essa revisão bibliográfica foi necessária para permitir o embasamento científico das intervenções de prevenção, e atender ao objetivo desse trabalho. Foi realizada ainda uma busca de dados secundários junto aos serviços de saúde como farmácia do Centro de Saúde Piratininga, Censo 2010 e Gerência Regional de Saúde Venda Nova.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 *Benzodiazepínicos*

A partir de seu lançamento em 1960, os benzodiazepínicos passaram a serem as drogas mais prescritas e utilizadas no combate à ansiedade e a insônia em todo o mundo. Passou para a segunda posição no *ranking* em 2008 dos dez medicamentos mais vendidos no Brasil (FOSCARINI,2010).

Os benzodiazepínicos são drogas que agem diretamente no sistema nervoso central, alterando aspectos cognitivos e psicomotores no organismo. São várias as denominações atribuídas a essa medicação: ansiolíticos, sedativo hipnóticos, “calmantes”. Seus principais efeitos terapêuticos são a sedação, hipnose e relaxamento muscular e as principais aplicações clínicas são em casos de ansiedade associada a condições cardiovasculares ou gastrointestinais, distúrbios do sono, convulsões, espasmos musculares involuntários, dependências de álcool e outras substâncias (BRASIL, 2006).

Embora sejam drogas relativamente seguras, restrições à sua utilização têm sido cada vez maiores, devido a incidência dos efeitos colaterais relacionados à depressão do sistema nervoso central (ANDREATINI; BOERNGEN-LACERDA; ZORZETTO,2001; HARDMAN; LIMBIRD; GILMAN, 2001; LADER,1999). Dentre eles, os principais são a diminuição da atividade psicomotora, o prejuízo na memória, a desinibição paradoxal, a tolerância, a dependência e a potencialização do efeito depressor pela interação com outras drogas depressoras, principalmente o álcool. Além disso, a depressão e a distímia podem ocorrer conseqüentemente ao uso de alprazolam e clonazepam (LONGO; JOHNSON, 2000; JANICAK *et al.*, 2001).

A orientação médica relacionada ao uso de benzodiazepínicos é um fator muito importante para minimizar a incidência de efeitos colaterais (TANSKANEN *et al.*, 2000).

Estudos indicam que existe forte relação entre idade e gênero com o consumo de benzodiazepínicos. As mulheres idosas estão mais propensas a problemas de cunho afetivo e psicológico, o que confere a elas aproximadamente 30% de prevalência na utilização dessa medicação (ALVARENGA *et al.*,2008).

No Brasil existe ainda outro fator que contribui para o uso indiscriminado de medicação psicotrópica. A distribuição gratuita dessa medicação por programas governamentais, sem maiores medidas de controle, acaba por permitir uma facilidade ao acesso (CRUZ *et al.*, 2006). Alguns estudos também relacionam a maior prevalência do

consumo de ansiolíticos com trabalhadores que enfrentam longas jornadas de trabalho e ficam mais expostos ao estresse. Isso contribui para o início prematuro no uso da medicação e conseqüente uso crônico, através da dependência, em idades mais avançadas (MOLINA; MIASSO, 2008).

A prescrição médica indevida também contribui para a manutenção do uso crônico de benzodiazepínicos, sendo que grande parte dos consumidores recebe prescrições de clínicos gerais ou outras especialidades médicas, e não de psiquiatras (ORLANDI; NOTO, 2005).

Tendo em vista a complexidade do organismo idoso, aliada à freqüente polifarmácia e às interações medicamentosas possíveis, além do grande número de comorbidades clínicas amplamente descritas na literatura médica, todo cuidado na escolha do psicofármaco é preciso.

É freqüente o idoso utilizar cronicamente um Benzodiazepínico, como indutor do sono ou ansiolítico sendo que a simples retirada desta classe de medicações é uma das mais difíceis tarefas para o médico (HOTOTIAN; DUAILIBI, 2009).

## **5.2 *Uso abusivo e abstinência de benzodiazepínicos***

Os pacientes que utilizam medicação benzodiazepínica devem ser orientados sobre a ocorrência da diminuição da atenção que, conseqüentemente, pode aumentar o risco de acidentes com automóveis e outras atividades psicomotoras (HARDMAN; LIMBIRD; GILMAN, 2001; BLAIN *et al.*, 2000).

A descontinuidade repentina do uso de benzodiazepínicos pode gerar sintomas de abstinência, além da recorrência dos sintomas. As reações vão depender, em parte, do tipo de droga e da duração do uso. Outros fatores-chave para o desenvolvimento de sintomas de abstinência são o nível de dosagem, o ritmo da descontinuação, o diagnóstico e a personalidade do paciente. Os sintomas de abstinência aparecem mais comumente quando compostos de alta potência e meia vida curta, como lorazepam e alprazolam, quando são usados por longo tempo e retirados de maneira abrupta. Os compostos que tem meia vida longa tendem a acumular-se quando usados de modo repetido, e isso aumenta os riscos de sedação diurna excessiva, o que prevalece as quedas, além de dificuldades de concentração e memória. Os medicamentos de meia vida curta via de regra, são os mais seguros para o uso regular, porém parecem produzir síndrome de abstinência mais grave (KAPLAN; SADOCK, 1998).

Entre os sintomas de abstinência estão zumbido, náuseas e vômitos, tremores grosseiros de mãos, tensão muscular, diplopia e tontura, letargia e ansiedade, agitação e depressão, insônia e prejuízos de memória. Ressalta-se aqui a tríade disforia (mudança repentina e transitória do estado de ânimo), hiperacusia e gosto metálico na boca, que pode ser sugestiva de síndrome de abstinência (LARANJEIRA; CASTRO, 1999).

### **5.3 Benzodiazepínicos em idosos**

O uso de benzodiazepínicos é muito freqüente na população idosa, tanto na comunidade quanto nas instituições geriátricas. Estima-se que 15% dos pacientes acima de 60 anos usem algum hipnótico para tratamento de insônia(LARANJEIRA; CASTRO,1999).

A população com mais de sessenta anos apresenta certas características comuns que devem ser levadas em consideração diante de um provável uso de benzodiazepínicos. Em relação à absorção gastrointestinal de benzodiazepínicos, observa-se discreta lentidão em idosos, o que gera picos plasmáticos de 45 minutos a três horas após uso oral da medicação. Além disso, a diminuição dos níveis de albumina plasmática nos idosos faz com que a sedação seja aumentada, devido a diminuição da água corpórea e da massa muscular, o que acarreta o aumento da gordura corpórea, mesmo em idosos magros. Benzodiazepínicos como diazepam, clonazepam, alprazolam e bromazepam são lipossolúveis e se difundem amplamente no tecido adiposo. Devido a isso a concentração de equilíbrio da droga será mais elevada que nos adultos e sua eliminação será feita mais lentamente, já que mesmo após a interrupção do tratamento, haverá uma quantidade significativa do medicamento armazenada no tecido adiposo. A diminuição da perfusão tecidual e do fluxo sanguíneo hepático e renal colabora para o aumento da distribuição desses medicamentos.

O envelhecimento leva a lentidão do metabolismo e redução do fluxo sanguíneo hepático(de até 50% aos 85 anos), com conseqüente aumento da meia vida dos benzodiazepínicos e seus metabólitos ativos. Pode acontecer um acúmulo potencialmente tóxico devido a substâncias que tem sua meia vida de eliminação aumentada em duas ou três vezes. Os benzodiazepínicos com meia-vida curta geralmente são metabolizados pela via da glucuronidação, a qual não é afetada pela idade, o que faz com que estes medicamentos sejam eliminados mais rapidamente, não acontecendo, portanto, acumulação. No que se refere a excreção, a redução do ritmo de filtração glomerular aumenta o tempo necessário para a eliminação renal de algumas drogas, entre elas os benzodiazepínicos. A duração do efeito

aumentará e por isso, doses mais baixas que o habitual serão suficiente (BOTTINO; CASTILHO, 1999; NOBREGA; KARNIKOWSKI, 2005; CHAIMOWICZ, 2009).

#### **5.4 Indicações do uso de benzodiazepínicos em idosos**

##### **5.4.1 Insônia**

Nos pacientes insones deve-se distinguir a insônia associada a mudanças fisiológicas, que ocorrem no envelhecimento senil, daquelas causadas por condições médicas. Os benzodiazepínicos estão indicados nos casos, que evoluem com prejuízo do funcionamento psicossocial.

Na escolha do benzodiazepínico procura-se conciliar o tipo de insônia à sua meia-vida. Por exemplo, os agentes de meia-vida curta (triazolam) são mais bem indicados para as insônias iniciais, enquanto os agentes de ação intermediária (lorazepam) seriam prescritos especificamente para as insônias intermediárias e terminais. Os anti-histamínicos (difenidramina, hidroxizina) também podem ser empregados, quando deseja usá-los por curto prazo. As suas principais desvantagens são a tolerância aos efeitos hipnóticos e risco potencial para delirium anti-colinérgico, quando consumida por longo tempo(ANCILL; CARLYLE, 1993).

##### **5.4.2 Ansiedade**

Nos estados ansiosos, alguns autores relatam a boa resposta terapêutica com lorazepam, devido as suas múltiplas vias de administração, ausência de metabólitos ativos e meia-vida curta, apesar do prejuízo da memória e ataxia associada a sua elevada lipofilicidade e acúmulo preferencial no SNC.

Nos pacientes com DPOC podem-se usar a buspirona e os anti-histamínicos, já que não deprimem a função respiratória, principalmente em pacientes pneumopatas crônicos.

##### **5.4.3 Demência**

Nos pacientes demenciados, com alterações comportamentais disruptivas (agitação psicomotora, por exemplo), o uso de benzodiazepínicos deve ser cauteloso em virtude das alterações neuroquímicas presentes na demência, que podem aumentar a sensibilidade aos psicotrópicos, incluindo os ansiolíticos.

Em casos específicos, tais como em pacientes com intolerância aos efeitos anti-colinérgicos, sedativos, neurológicos, cardiovasculares e extra-piramidais, os benzodiazepínicos (por exemplo, alprazolam e clonazepam) podem ser empregados no controle da agitação psicomotora em demenciados, por se tratar de uma droga segura e com eficácia similar aos antipsicóticos.

Christensen e Benfield(1998) constataram a eficácia do alprazolam comparável ao haloperidol em baixas doses em pacientes idosos com alterações comportamentais disruptivos associados com demência, agitação psicomotora leve a moderada, com a vantagem de não possuir os efeitos adversos dos benzodiazepínicos e antipsicóticos.

### **5.5 *Tempo de uso dos benzodiazepínicos***

A dose diária e o tempo de uso continuado dos benzodiazepínicos são fatores importantes para a instalação de um quadro de dependência. A partir do terceiro mês de uso ate 12 meses, o risco de dependência aumenta de 10% a 15%, e por mais 12 meses, o risco aumenta entre 25% a 40%(AUCHEWSKI *et al.*, 2004).

Ao contrário do que se observa anualmente (alta incidência de uso de benzodiazepínicos por períodos maiores de um ano), os benzodiazepínicos devem ser utilizados por períodos curtos de tempo. O uso prolongado destas substâncias, por mais de quatro a seis semanas podem levar ao desenvolvimento de tolerância dependência. Além disso, a literatura demonstra sua baixa efetividade no tratamento de quadros de ansiedade após quatro meses de uso contínuo (CASTRO; LARANJEIRA, 2000).

### **5.6 *Abordagem da insônia nos idosos***

Insônia é queixa comum que aumenta com a idade. Não há uma definição única para insônia. Para alguns significa dificuldade de conciliar o sono, para outros corresponde a não ter sono reparador. Pode ser definida como a incapacidade de conciliar um sono de boa qualidade, durante um período adequado para restaurar as necessidades fisiológicas do organismo. A insônia não é uma doença, mas sim queixa decorrente de várias causas. Pode ser primária (sem causa definida) ou secundária a problemas orgânicos ou psicológicos. Classifica-se em temporária (após viagens aéreas internacionais, por exemplo) ou crônica (GUIMARÃES, 2004; DUNDAR *et al.*, 2004).



Em idosos, as queixas de insônia correspondem a mudanças na arquitetura do sono (consideradas normais no processo de envelhecimento) e ao aparecimento de problemas clínicos ou psiquiátricos que afetam o dormir (GALVÃO, 2004).

Uma anamnese bem feita, com informantes confiáveis, deve ser feita para se definir a duração e a qualidade do sono do idoso. Perguntas como a que horas ele se deita para dormir e quanto tempo ele leva para dormir após deitar? Acorda durante a noite? Quantas vezes? Quanto tempo leva para voltar a dormir? A que hora desperta definitivamente? Durante o dia, fica sonolento? Devemos lembrar que, entre os idosos, seis horas de sono de boa qualidade podem ser “restauradores” (CHAIMOWICZ, 2009).

Nos idosos, a primeira consideração para decidir sobre manejo de insônia é definir a causa do problema. Se a insônia é secundária a outra condição médica, o tratamento do problema subjacente é imperativo. Se a insônia for primária, as alternativas de tratamento incluem medidas não-medicamentosas e medicamentosas. Devido à ausência de efeitos adversos, as primeiras devem ser sempre consideradas antes da farmacoterapia (WOLKOVE *et al.*, 2007).

Com respeito à insônia crônica, medidas de controle de estímulos podem ajudar e devem ser incentivadas nos idosos. Essas incluem medidas não-medicamentosas e medicamentosas.

### **5.6.1 Medidas não-medicamentosas**

- a) Regularização do horário para deitar, com restrição de cochilos durante o dia;
- b) saída da cama se houver dificuldade para dormir, só retornando quando o sono se apresentar;
- c) limitação da ingestão de cafeína e álcool à noite;
- d) redução da ingestão de líquidos e alimentos durante a noite;
- e) quarto com temperatura adequada e suficiente silêncio;
- f) banhos quentes e massagem antes de dormir;
- g) abordagem comportamental, tais como técnicas de relaxamento e exercícios moderados durante o dia (HOLBROOK *et al.*, 2000).

### 5.6.2 Medidas medicamentosas

Os benzodiazepínicos como clonazepam, diazepam e outros, tem efeito sedativo moderado a forte, podendo provocar quedas e convulsão, provocam dependência e tolerância, além de provocar confusão mental por efeito anti-colinérgico.

Medicamentos hipnóticos e indutores do sono como zolpidem, não são mais seguros e também devem ser evitados em idosos.

Tricíclicos antigos como amitriptilina, clomipramina e imipramina são contraindicados por ter efeito sedativo e provocar confusão mental, além de aumentar o risco de quedas por hipotensão ortostática.

Barbitúricos como fenobarbital eram utilizados no milênio passado para insônia, mas foram abandonados em virtude da gravidade dos seus efeitos colaterais e disponibilidade de agentes mais seguros e efetivos.

Podemos utilizar antidepressivos com efeito sedativo leve ou moderado para tratar insônia, mesmo que o paciente não esteja deprimido. São eles a paroxetina de 10 a 40 mg a noite, mirtazapina 15 mg a noite, trazodona de 25 a 100 mg a noite, esta última tendo cuidado com a hipotensão ortostática (CHAIMOWICZ, 2013).

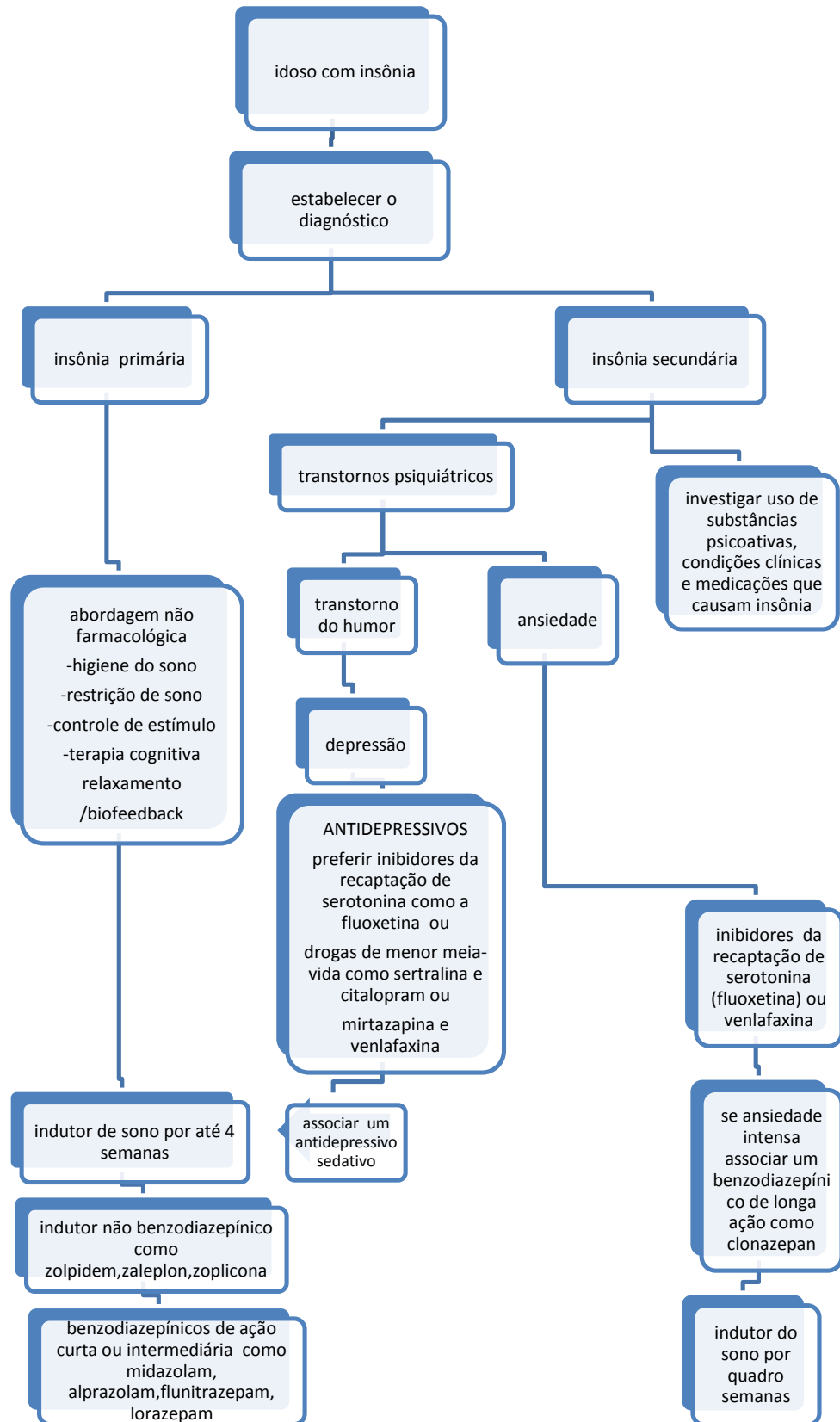
### 5.7 *Uso de antidepressivos sedativos no tratamento da insônia e ansiedade*

Alguns antidepressivos apresentam efeito sedativo importante que tem sido explorado no tratamento da insônia, especialmente quando associada ao transtorno de depressão. Os medicamentos Trazodone, mirtazapina, doxepina e amitriptilina, possuem maior efeito sedativo. Outros também podem exibir algum efeito sedativo, entretanto alguns deles, além de não o possuírem, podem até mesmo apresentar insônia como efeito colateral. Graças a esse potencial em induzir sedação e melhorar a ansiedade (no caso de alguns compostos), os antidepressivos têm ficado mais popular no tratamento da insônia, como mostram alguns dados epidemiológicos (OHAYON; CAULET, 1995).

O aumento do uso de antidepressivos sedativos no tratamento da insônia crônica pode também refletir, em parte, seu perfil para uso prolongado, além de poder resultar, em parte, da alta incidência de sintomas depressivos entre os insones.

A abordagem da insônia, depressão e ansiedade, com medidas não farmacológicas e farmacológicas, encontram-se no fluxograma da Figura 2.

**FIGURA 2: Fluxograma para abordagem da insônia, depressão e ansiedade em idosos.**



Fonte: Adaptado de Berlim, Lobato e Manfro (2005).

## **5.8 Tratamento da dependência e retirada gradual dos benzodiazepínicos**

Não se justifica o uso de benzodiazepínicos por longos períodos, exceto em situações especiais (WESTRA, 2002). Apesar do desconforto inicial, devido à presença de 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 (RICKEL *et al.*, 1999).

Não se deve esperar que o paciente preencha todos os critérios da síndrome de dependência para começar a retirada, uma vez que o quadro típico de dependência química com marcada tolerância, escalonamento de doses e comportamento de busca pronunciado, não ocorre na maioria dos usuários de benzodiazepínicos, a não ser naqueles que usam altas dosagens. É importante salientar que mesmo doses terapêuticas podem levar a dependência (TYRER, 1988).

### **5.8.1 Retirada dos benzodiazepínicos**

A melhor técnica e a mais amplamente reconhecida como a mais efetiva é a retirada gradual da medicação, sendo recomendada mesmo para pacientes que usam doses terapêuticas. Além das vantagens relacionadas ao menor índice de sintomas e maior possibilidade de sucesso, essa técnica é facilmente executável e de baixo custo (RICKEL *et al.*, 1999).

Alguns médicos preferem reduzir um quarto da dose por semana, outros negociam com o paciente um prazo que se fixa em torno de seis a oito semanas (DuPONT, 1990). Em casos de 50% iniciais da retirada são mais fáceis e plausíveis de serem concluídos nas primeiras duas semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a retirada satisfatória. É de grande valia oferecer esquemas de redução das doses por escrito, com desenhos dos comprimidos e datas subsequentes de redução.

### **5.8.2 Substituição por benzodiazepínicos de meia-vida longa**

Pacientes que não conseguem concluir o plano de redução gradual podem ser beneficiar da troca para um agente de meia-vida mais longa, como diazepam e clonazepam (DuPONT, 1990). Comparado a outros benzodiazepínicos e barbitúricos, o diazepam mostrou-se a droga de escolha para tratar pacientes com dependência, por ser rapidamente absorvido e por ter um metabólito de longa duração - o desmetildiazepam - o que torna a droga ideal para o esquema de redução gradual, pois apresenta uma redução mais suave nos níveis sanguíneos (PERRY; ALEXANDER, 1986).

### 5.8.3 Medidas não-farmacológicas

O tratamento da dependência dos benzodiazepínicos envolve uma série de medidas não-farmacológicas e de princípios de atendimento que podem aumentar a capacidade de lidar com a síndrome da abstinência e manter-se sem os benzodiazepínicos. O melhor local de tratamento é o ambulatorial, pois leva a maior engajamento do paciente e possibilita que, tanto mudanças farmacológicas quanto psicológicas, possam ocorrer ao mesmo tempo. Estas medidas incluem terapias de grupo, atividade física, técnicas de relaxamento entre outras.

Suporte psicológico deve ser oferecido e mantido tanto durante quanto após a redução da dose, incluindo informações sobre os benzodiazepínicos, reassuramento e promoção de medidas não farmacológicas para lidar com a ansiedade.

### 5.8.4 Manutenção sem benzodiazepínicos

Nesta fase, o paciente deve receber reassuramento da capacidade de lidar com o estresse sem os benzodiazepínicos, bem como ênfase na melhoria da qualidade de vida. Deve-se oferecer apoio psicossocial, treinamento de habilidades para superar a ansiedade, psicoterapia formal e psicofarmacoterapia de estados depressivos subjacentes. Ajudá-lo a distinguir entre os sintomas de ansiedade e abstinência e oferecer suporte por longo prazo (ASHTON, 1994).

### 5.9 Medidas preventivas para o uso dos benzodiazepínicos (BZD)

- a) tratar a síndrome clínica para qual o BZD foi indicado;
- b) associar intervenções não-farmacológicas (por exemplo tratamentos psicossociais), quando for o caso;
- c) considerar o diagnóstico nos casos de resposta terapêutica insignificativa;
- d) monitorar o uso abusivo do BZD;
- e) considerar os riscos e benefícios de um tratamento com BZD;
- f) excluir abuso de outras drogas subjacentes à condição clínica ou psiquiátrica antes de prescrever alguma medicação controlada;
- g) registrar e documentar na ficha de evolução, especificando-se o diagnóstico clínico, as indicações clínicas e a evolução do tratamento;
- h) identificar os principais artifícios para obter prescrições de BDZs, recusando-os com firmeza e calma (FRIEDMAN *et al.*, 1996; SAMET; O'CONNOR; STEIN, 1997).

Antes de prescrever algum BDZ para o tratamento ou alívio sintomático de estados ansiosos e insônia, procurar alternativas, tais como:

- a) agentes farmacológicos que não pertencem à classe dos BDZ (antidepressivos, buspirona e hidroxizina);
- b) intervenções psicossociais, tais como intervenções psicoterapêuticas (por exemplo terapia cognitivo-comportamental, treinamento de relaxamento e treinamento de assertividade) e grupos de autoajuda;
- c) combinação de intervenções farmacológicas e psicossociais (FRANCES; MILLER, 1998; SAMET; O'CONNOR; STEIN, 1997).

#### ***5.10 Papel da Equipe de Saúde da Família (ESF) no controle e acompanhamento do uso dos benzodiazepínicos em idosos***

Ao introduzir um tratamento com benzodiazepínicos, principalmente em pacientes idosos, deve-se levar em consideração a amplitude e o impacto que essa classe de medicamentos pode causar na rotina dos pacientes. Uma vez iniciado o tratamento e este sendo efetivo, uma possível retirada do benzodiazepínico pode representar uma dificuldade importante para o médico.

Diante desse fato, é imprescindível que esses pacientes estejam apoiados por uma equipe multidisciplinar que participe ativamente desse processo e torne-o menos dependente do medicamento. Assim poderíamos destacar alguns profissionais que podem estar presentes na Atenção Primária à Saúde do SUS-BH, dentre eles os profissionais da equipe de referência desse usuário – médicogeneralista, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS) –, além de profissionais de apoio, através de matriciamento ou com intervenções diretas por meio de atendimentos, tais como psicólogo, farmacêutico, médico acupunturista e homeopata. Por meio das reuniões de matriciamento pode ser possível realizar o acompanhamento indireto do paciente, uma vez que os ACS podem trazer *feedback* desses usuários e assim auxiliar as próximas tomadas de decisão quando eles retornarem ao médico que prescreveu o medicamento.

O enfermeiro também possui papel importante nesse processo, uma vez que é co-responsável pela população de sua área de abrangência, e trabalha juntamente com o farmacêutico, na questão da adesão ao tratamento e na supervisão de possíveis impactos da terapia com benzodiazepínicos, tais como interferência desses na cognição/memória ou no risco de quedas.

Os médicos acupunturistas e homeopatas representam suporte complementar ou alternativo à terapia, podendo ser úteis antes de iniciar o uso do benzodiazepínico, durante o tratamento ou quando se desejar fazer a retirada do mesmo. O psicólogo pode ser um profissional importante ao auxiliar o paciente a se conhecer, a compreender as influências do meio em sua rotina e ao apoiá-lo no gerenciamento do autocuidado.

Meios alternativos como atividades de terapias de grupo, atividade física, dinâmicas de grupos entre outros, podem ser realizados pela ESF.

## 6 PLANO DE AÇÃO

O plano de ação para combater o uso abusivo de benzodiazepínicos por idosos no Centro de Saúde Piratininga é baseado em um planejamento estratégico, definido a partir do diagnóstico situacional da área de abrangência do Centro de Saúde Piratininga, o qual foi determinado através da participação de toda a equipe de saúde. O abuso de benzodiazepínico por idosos é o problema finalístico da equipe de saúde. Foram definidos também problemas intermediários, que contribuem para o surgimento do problema finalístico, a partir dos quais planejou-se o enfrentamento estratégico da situação.

A Tabela 3 apresenta as causas do uso abusivo dos benzodiazepínicos pelos idosos atendidos no Centro de Saúde Piratininga, suas conseqüências, as atividades a serem desenvolvidas, os profissionais envolvidos, o tempo necessário e os resultados esperados.

**TABELA 3: Plano de ação proposto para prevenção do abuso de benzodiazepínicos em idosos no Centro de Saúde Piratininga.**

<b>Nome do projeto</b>	Bom Sono	
<b>Causas do problema</b>	básicas - Nós críticos	prática médica fragilizada, centrada na doença, o que dificulta a relação médico-paciente e um melhor entendimento do estado de saúde mental do paciente;
		deficiência de informação do idoso quanto às doenças mentais e seu tratamento;
		foco na doença em detrimento do entendimento do idoso e seus problemas;
		problemas familiares, sociais e financeiros que acometem os idosos
	intermediárias	repetição constante das receitas sem nenhum critério, resistência do paciente e da família em retirar a medicação, dependência da droga, grande demanda da UBS, falta de estrutura da unidade
	Outras	alcoolismo, abandono do idoso, analfabetismo, problemas sociais
<b>Problema</b>	Abuso de benzodiazepínicos em idosos no Centro de Saúde Piratininga	
<b>Conseqüências do problema</b>	primárias	dependência, crises de abstinência, depressão, tolerância a droga, interação com outros medicamentos
	secundárias	quedas, tonteiras, alterações de memória, alterações de cognição
<b>Atividades a serem desenvolvidas</b>	formar grupo operativo de Saúde Mental, palestras multidisciplinares, orientações sobre higiene do sono, terapias de relaxamento, prática médica centrada do indivíduo e no uso de instrumentos de abordagem familiar, com atuação da equipe de saúde, profissionais convidados	
<b>Profissionais envolvidos</b>	ESF (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS), equipe de saúde mental (psiquiatra, psicólogo), equipe do NASF (psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta e nutricionista) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), além dos familiares, vizinhos e da comunidade	
<b>Período</b>	seis meses	
<b>Resultados esperados</b>	melhora na qualidade de vida dos idosos, diminuição das quedas, melhora da memória e cognição, controle da ansiedade e depressão, melhora do sono.	

Fonte: Baseado na monografia de Allan Souza Teles, 2013



O projeto inclui medidas implementadas em curto prazo, provavelmente com resultados esperados a médio ou longo prazo. Portanto, será baseado na formação de grupo operativo 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 e com a participação de outros profissionais que serão convidados pela equipe da Unidade de Saúde. As atividades serão realizadas no Centro de Saúde Piratininga, durante o período de seis meses.

## 7 CONCLUSÃO

Existe uma vasta literatura relacionada ao tema, uso abusivo de benzodiazepínicos. Os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos são vários e há grande interação com drogas que os idosos normalmente fazem uso. Os principais efeitos colaterais do uso de benzodiazepínicos são a sedação, lentidão psicomotora, comprometimento cognitivo (diminuição da atenção, amnésia, confusão mental), dependência, síndrome de Ausência (insônia, irritabilidade e ansiedade) e toxicidade cerebelar, que pode gerar ataxia, disartria, incoordenação e instabilidade postural, o que aumenta o risco de quedas e fraturas.

Tanto o comportamento do psicofármaco a ser prescrito assim como do organismo a ser medicado necessitam ser bem conhecidos pelo médico, provendo o conhecimento pleno da situação clínica do paciente, por exemplo: função renal, função hepática, condição nutricional e metabolismo basal.

De acordo com os dados obtidos, conclui-se que oclonazepam 2 mg é o benzodiazepínico mais utilizado pelos idosos no Centro de Saúde Piratininga, seguido do diazepam 10 mg e do lorazepam 1 mg. As mulheres idosas (74,49%) estão em maior número que os homens (25,50%), no uso dos benzodiazepínicos. A insônia, a depressão e a ansiedade são os principais problemas relacionados ao uso de benzodiazepínicos pelos idosos na UBS. O plano de ação visa melhorar a relação médico-paciente, fortalecer a prática médica focando no paciente e não na doença, fornecer mais informações ao idoso sobre sua doença e seu tratamento, tratar os idosos dependentes com medidas não medicamentosas como palestras multidisciplinares, grupos operativos, terapias de relaxamento e medicamentosas como antidepressivos e benzodiazepínicos de meia-vida curta, além de outras alternativas como higiene do sono, abordagem familiar, atividade física, e ajuda de profissionais externos à ESF como profissionais do NASF, CAPS e equipe de Saúde Mental. Espera-se como resultado do Plano de Ação, melhora na qualidade de vidas dos idosos, diminuição dos efeitos colaterais desencadeados pelo uso da droga como, por exemplo, as quedas e a dependência, melhora no sono, nas atividades cognitivas e memória assim como a diminuição da demanda por receitas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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. Mar. 2008.
- ANCILL, R. J.; CARLYLE, W. W. Benzodiazepine use and dependency in the elderly: striking a balance. In: HALLSTROM, C. (Ed.) **Benzodiazepine dependence**. Oxford: Oxford University Press, 1993. p. 238-251.
- ANDREATINI, R.; BOERNGEN-LACERDA, R.; ZORZETTO FILHO, D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 233-242, 2001.
- ASHTON, H. The treatment of benzodiazepine dependence. **Addiction**, v. 89, n. 11, p. 1535-1541, Nov. 1994.
- AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n.1, p. 24-31, 2004.
- BERLIM, M. T.; LOBATO, M. I.; MANFRO, G. G. Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia. In: CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos: Consulta Rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 385
- BLAIN, H. *et al.* [The role of drugs in falls in the elderly. Epidemiologic aspects]. **Presse médicale**, v. 29, n. 12, p. 673-680, Apr. 2000. [Article in French]
- BOTTINO, C. M. C.; CASTILHO, A. R. G. L. Terapêutica com benzodiazepínicos em populações especiais: idosos, crianças, adolescentes e Gestantes. In: BERNIK, M. A. (Coord.). **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. São Paulo: Edusp, 1999. p. 157-177.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento - efeitos de substâncias psicoativas no organismo**. 3. ed. Brasília: SUPERA, 2006.
- CASTRO, L. A. P. G.; LARANJEIRA, R. **Dependência de Benzodiazepínicos**. São Paulo: Unidade de pesquisa em álcool e drogas, 2000.
- CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 167p.
- CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.
- CHRISTENSEN, D. B.; BENFIELD, W. R. Alprazolam as an alternative to low-dose haloperidol in older, cognitively impaired nursing facility patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 46, n. 5, p. 620-625, May 1998.
- CORDEIRO, A. M. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões**, v. 34, n. 6, nov./dez. 2007.

CRUZ, A. V. *et al.* Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 27, n. 3, p. 259-267, jul. 2006.

DUNDAR, Y. *et al.* Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and economic evaluation. **Health Technology Assessment**, v. 8, n. 24, p. iii-x, 1-125, Jun. 2004.

DuPONT, R. L. A physician's guide to discontinuing benzodiazepine therapy. **Western Journal of Medicine**, v. 152, n. 5, p. 600-603, May 1990.

FOSCARINI, P. T. **Benzodiazepínicos: uma revisão sobre o uso, abuso e dependência**. 2010. 34 f.. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

FRANCES, R. J.; MILLER, S. I. **Clinical Textbook of Addictive Disorders**. 2 ed. New York, Guilford, 1998. 637p.

FRIEDMAN, L. *et al.* **Source book of substance abuse and addiction**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.

GALVÃO, M. P. A.; FERREIRA, M. B. C. Prescrição de medicamentos em geriatria. FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 949-964.

GUIMARÃES, F. S. Hipnóticos e ansiolíticos. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 564-576.

HARDMAN, J. G.; LIMBIRD, L. E.; GILMAN, A. G. **Goodman and Gilman's The pharmacological basis of therapeutics**. 10. ed. New York: McGraw Hill; 2001. 1825p.

HOLBROOK, A. M. *et al.* Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. **Canadian Medical Association Journal**, v. 162, n. 2, p. 225-233, Jan 2000.

HOTOTIAN, S. R.; DUAILIBI, K. **Psicofarmacologia Geriátrica: o que todo médico deve saber**. Porto Alegre: ArtesMédicas, 2009.

JANICAK, P. G. *et al.* (Eds.). Treatment with antianxiety and sedative hypnotic agents. In: JANICAK, P. G. *et al.* (Eds.). **Principles and practice of psychopharmacotherapy**. 3. ed. Philadelphia: Lippincott; Williams & Wilkins, 2001. p. 471-512.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Manual de Psiquiatria Clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

LADER, M. H. Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? **European Neuropsychopharmacology**, v. 9, n. 6, p. 399-405, 1999.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: BERNIK, M. A. (Coord). **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. São Paulo: Edusp, 1999. p. 187-198.

- LONGO, L. P.; JOHNSON, B. Addiction: Part I. Benzodiazepines--side effects, abuse risk and alternatives. **American family physician**, v. 61, n. 7, p. 2121-2128, Apr. 2000.
- MOLINA, A. S.; MIASSO, A. I. Benzodiazepine use among employees of a private company. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. esp., p. 517-522, jun. 2008.
- NOBREGA, O. T.; KARNIKOWSKI, M. G. O. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 309-313, 2005.
- OHAYON, M. M.; CAULET, M. Insomnia and psychotropic drug consumption. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 19, n. 3, p. 421-431, May 1995.
- 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. esp., p. 896-902, set. 2005.
- PERRY, P. J.; ALEXANDER, B. Sedative/hypnotic dependence: patient stabilization, tolerance testing, and withdrawal. **Drug Intelligence & Clinical Pharmacy**, v. 20, n. 7-8, p. 532-537, Jul.-Aug. 1986.
- RICKELS, K. *et al.* Pharmacologic strategies for discontinuing benzodiazepine treatment. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 19, n. 6, Suppl. 2, p. 12S-16S, Dec. 1999.
- ROTHER, E. T. Editorial: Revisão sistemática e revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.
- SAMET, J. H.; O'CONNOR, P. G.; STEIN, M. D. **Clínicas Médicas da América do Norte: abuso de álcool e de outras drogas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1997.
- TANSKANEN, P. *et al.* Counselling patients on psychotropic medication: physicians opinions on the role of community pharmacists. **Pharmacy World & Science**, v. 22, n. 2, p. 59-61, 2000.
- TYRER, P. Dependence as a limiting factor in the clinical use of minor tranquillizers. **Pharmacology & Therapeutics**, v. 36, n. 2-3, p. 173-188, 1988.
- WESTRA, H. A.; STEWART, S. H. As-needed use of benzodiazepines in managing clinical anxiety: incidence and implications. **Current Pharmaceutical Design**, v. 8, n. 1, p. 859-874, 2002.
- WOLKOVE, N. *et al.* Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. **Canadian Medical Association Journal**, v. 176, n. 10, p. 1449-1454, 2007.