

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ED KARLO PORTES ROCHA**

**O USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA SAÚDE DO IDOSO**

**GOVERNADOR VALADARES**

**2014**

**ED KARLO PORTES ROCHA**

## **O USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA SAÚDE DO IDOSO**

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

Orientadora: Professora Thais Porlan de Oliveira

**GOVERNADOR VALADARES**

**2014**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em primeira instância para aquele que foi, e é o **“Arquiteto do TUDO”**, aquele que nos dá o verdadeiro sentido da vida, de quem somos e de quem queremos ser.

Dedico em especial também para aqueles que foram, e afortunadamente ainda são o meu alicerce neste plano, sendo os meus pais aqueles que sempre acreditaram em mim, mesmo quando não merecedor, e o seu amor incondicional.

Também dedico a todos os meus demais familiares, amigos e tutores que contribuíram com alguma parcela da minha vida.

Por tanto agradeço a TUDO e TODOS que no decorrer desta minha jornada foram contribuindo na construção do meu **“EU”**.

## AS VERDADES

O que mais sofremos no mundo:

Não é a dificuldade.

É o desânimo em superá-la.

Não é a provação.

É o desespero diante do sofrimento

Não é a doença.

É o pavor de recebê-la

Não é o parente infeliz.

É a mágoa de tê-lo na equipe familiar.

Não é o fracasso.

É a teimosia de não reconhecer os próprios erros.

Não é a ingratidão.

É a incapacidade de amar sem egoísmo.

Não é a própria pequenez.

É a revolta contra a superioridade dos outros.

Não é a injúria.

É o orgulho ferido.

Não é a tentação.

É a volúpia de experimentar lhe os alvitres.

Não é a velhice do corpo.

É a paixão pelas aparências.

Como é fácil de perceber que,  
na solução de qualquer problema,  
o pior problema é a carga de aflição que criamos,  
desenvolvemos e sustentamos contra nós mesmos.

Autor: Totty - Pensador

## RESUMO

Considerando o aumento expressivo da população idosa em geral com idade igual a 60 anos ou mais, uma porcentagem expressiva daqueles que buscam o serviço de atenção primária numa ESF (Estratégia e Saúde da Família), são também um dos grupos etários em que mais consomem psicotrópicos da classe dos Benzodiazepínicos (BZD). Tratando-se de um grupo vulnerável em vários aspectos secundários ao envelhecimento, como aspectos cognitivos, metabólicos, motores e também aspecto sociocultural repercutindo em sua autoestima, consequências de suas mudanças fisiológicas, se tornam mais propensos ao agravamento dessas condições quando associadas ao perfil de uma classe medicamentosa, como no caso dos BZD e seus efeitos adversos, quando prescritos e utilizados em desacordo segundo o preconizado. Podem ocorrer sérias repercussões na saúde geral do idoso, como aumento do declínio cognitivo, aumento de risco de quedas, levando uma perda da qualidade de vida, o que torna pertinente o papel de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) que objetive prevenir, intervir e antecipar interações deletérias idoso-medicação. Este trabalho apresenta uma possibilidade de capacitar uma equipe da ESF por meio do desenvolvimento de um plano de ação para minimizar os riscos a que está exposta a população idosa em decorrência do abuso e uso crônico dos BZD, e também contribuir numa reeducação da população, com quebra de paradigmas, a fim de propiciar informações para que as pessoas possam se autogerir, ou seja, contribuir para a independência e saúde.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Crescimento população idosa, Benzodiazepínicos, Introgenia, Estratégia Saúde da Família (ESF).

## ABSTRACT

Considering the significant increase of the elderly population in general aged 60 years or more, a significant percentage of those who seek primary care service in the ESF (Strategy and Family Health) are also one of the age groups that consume psychotropic the class of Benzodiazepines (BZDs). In the case of a vulnerable group in various secondary aspects of aging, such as cognitive, metabolic, engines and also sociocultural aspect impacting on their self-esteem, consequences of their physiological changes, become more prone to worsening of these conditions when associated with the profile of a drug class, as in the case of BZDs and their adverse effects when in disagreement prescribed and used according to recommended values. There may be serious repercussions on the general health of the elderly, as increased cognitive decline, increased risk of falls, leading to a loss of quality of life, which makes relevant the role of a family health strategy (ESF) that aims to prevent, intervene and anticipate elderly harmful medication interactions. This work presents an opportunity to enable a ESF through the development of an action plan to minimize the risks it is exposed to the elderly as a result of abuse and chronic use of benzodiazepines, and also help in re-education of the population, with break paradigms in order to provide information so that people can self-manage, or contribute to the independence and health.

Key words: Elderly health, Elderly population growth, Benzodiazepines, Iatrogenia, Family Health Strategy (FHS).

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
<b>3. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>16</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>5. REVISÃO LITERÁRIA .....</b>	<b>19</b>
5.1 Os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos.....	19
5.2 Quedas em idosos.....	22
5.3 Benzodiazepínicos e declínio cognitivo.....	22
5.4 Medicamentos potencialmente impróprios para idosos.....	24
5.5 Iatrogenia.....	26
<b>6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	

## Quadros

<b>Quadro 1 - os cinco princípios ativos da portaria svs/ms nº 344/1998 em formulações industrializadas de maior consumo no país. Brasil, 2007-2010...</b>	<b>20</b>
<b>Quadro 2 - Principais agentes hipnóticos disponíveis no Brasil.....</b>	<b>25</b>
<b>Quadro 3 - Principais efeitos colaterais das drogas nos idosos.....</b>	<b>27</b>
<b>Quadro 4 - Desenhos da operações.....</b>	<b>29</b>
<b>Quadro 5 - Recursos críticos para cada operação.....</b>	<b>31</b>
<b>Quadro 6 - Viabilidade detalhada do plano.....</b>	<b>32</b>

## Figuras

<b>Figura 1 - Domínios de saúde do idoso.....</b>	<b>14</b>
<b>Figura 2 - Fluxograma de avaliação rotineira para instabilidade postural.....</b>	<b>22</b>
<b>Figura 3 - Fluxograma declínio cognitivo no idoso.....</b>	<b>23</b>

## Siglas

**ACS.....Agente Comunitário de Saúde**

**ANVISA.....Agencia Nacional de Vigilância Sanitária**

**BDZ. ....Benzodiazepínicos**

**BVS.....Biblioteca Virtual DE Saúde**

**CDR.....Clinical Dementia Rating**

**ESF.....Estratégia de Saúde da Família**

**FHS..... Family Health Strategy**

**MMSE.....Mini Mental State Examination**

**MS.....Ministério da Saúde**

**OMS.....Organização Mundial da Saúde**

**ONU.....Organização das Nações Unidas**

**PES.....Planejamento Estratégico Situacional**

**SNGPC.....Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados**

**SUS..... Sistema Único de Saúde**

## 1. INTRODUÇÃO

A opção por este problema deve-se ao uso crônico e de forma desmedida de BZD sem supervisão médica adequada ou em quantidades/prazos superiores ao preconizado para tratamento, que geralmente ocasiona sérias repercussões na saúde geral, sobretudo na população idosa. Ademais, é uma situação que começa a se tornar um problema de saúde pública, uma vez que já há um grande consenso no meio científico dos perigos do abuso crônico dos BZD e suas repercussões na saúde pública. Parr *et al.* (2006), descreveram razões do consumo prolongado dos BZD, estes associados a eventos na vida, problemas de insônia, transtornos mentais, eventos de depressão e ansiedade. Todas estas situações supracitadas são extremamente perceptíveis diariamente na Estratégia da Família (ESF) da minha área adstrita, também evidenciada em todo município de Santa Helena de Minas e serviços de saúde em geral, como é relatado em diversas literaturas da saúde.

A este cenário se soma com a projeção do aumento da população idosa no mundo, em especial o Brasil, não diferindo dessa projeção, com suas consequências e repercussões, no caso dos idosos, devido as suas mudanças fisiológicas, metabólicas processo consequente da senescência, e geralmente medicados com mais de uma classe medicamentosa, neste contexto, os efeitos adversos dos benzodiazepínicos podem se manifestar de forma deletéria ou iatrogênica, assim os benefícios esperados podem ser alterados, podendo sobressair efeitos indesejáveis sobre a cognição, aspectos motores e suas diversas consequências nos idosos, efeitos estes que podem ser confundidos e tratados como resultante da velhice ou de demência como Alzheimer e outras demências (Rosenberg, *et al.*,2012). O Programa de Saúde Estratégia da Família (ESF) é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS); neste contexto, cabe o papel da ESF ser o viés ou a ferramenta para poder intervir, ofertar alternativas para promover e praticar uma saúde sem prejuízos para a população idosa.

O envelhecimento populacional representa uma evidente conquista humana em relação à melhoria das suas condições de vida, quando se compara os números de expectativa de vida desde que se conhece nossa existência e condições de vida, viemos aprendendo, evoluindo e superando todas as adversidades. Porém, também

é extremamente pertinente que esse envelhecimento seja acompanhado de uma qualidade de vida que se reflete em independência e autonomia.

No Brasil, segundo a LEI No 10.741, de 1º de outubro de 2003, Art. 1º (Brasil, 2003) foi instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

No CAPÍTULO IV do Direito à Saúde no Art. 15. é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003, p. 13)

Deve ser considerado que o envelhecimento é um processo biopsicossocial, marcado por alterações lentas e graduais segundo características genéticas e estilo de vida adotado (ARGIMON & STEIN, 2005; STUART *et al.*, 2002; KNORST *et al.*, 2001). Considerando o envelhecimento, 60 anos em países em desenvolvimento e a partir dos 65 anos em países desenvolvidos, evidenciam um importante crescimento desse grupo populacional, a partir desta faixa etária estabelecida pela legislação brasileira e em consenso com esta tendência mundial, tornou-se objeto de vários estudos a nível mundial, pois alertam para esse novo cenário demográfico e social, obrigando a mudanças, e reflexões a fim de assimilar suas consequências. Tal configuração obriga a uma especial atenção aos idosos, devido a sua vulnerabilidade de suas condições individuais, assim como um importante impacto social, econômico e cultural.

Estudos da ONU concluídos em 2010 projetaram que, em 2050, o planeta terá 2 bilhões de idosos. Em 1950, eles eram 200 milhões. Segundo o mesmo levantamento, entre 2010 e a projeção para 2015, ocorre crescimento anual da população acima de 60 anos três vezes maior que o observado para a população total.

O Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades crônicas e múltiplas, sobretudo nas faixas etárias mais avançadas, o que exige acompanhamento médico e farmacológico constante (GORDILHO *et al.*, 2000; LIMA & VERAS, 2003). O Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional exuberante. Segundo o

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade  $\geq$  60 anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira. Percebe-se claramente uma rápida mudança na representatividade dos grupos etários: o grupo de crianças do sexo masculino de zero a quatro anos, por exemplo, representava 5,7% da população total em 1991, enquanto o feminino representava 5,5%. Em 2000, esses percentuais caíram para 4,9% e 4,7%, chegando a 3,7% e 3,6% em 2010. Simultaneamente, o alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (14.081.480 habitantes). Em 1991, o grupo de 0 a 15 anos representava 34,7% da população. Em 2010 esse número caiu para 24,1% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2012). Completando os estudos, segundo o Censo 2000, a população de 60 anos ou mais de idade, no Brasil, era de 14 536 029 de pessoas, de um total de 169,799,170 milhões de pessoas tendo uma taxa de 8,6% do total da população, desses 55,1%( 8.002. 245) eram mulheres e 44,9%( 6.533.784) eram homens (IBGE, 2000). Segundo o censo demográfico de 2010, a população brasileira era de 190.755.199 milhões de pessoas, e a população idosa com 60 anos ou mais, é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8 % da população total. Desses, 55,5 % (11.434.487) eram mulheres e 44,5% (9.156.112) eram homens (IBGE, 2010).

Quanto aos medicamentos consumidos pelos idosos, os benzodiazepínicos (BZD) estão entre os medicamentos psicotrópicos mais consumidos em diferentes países no mundo, principalmente para tratamento de transtorno de ansiedade e como indutores do sono. Disponíveis desde 1960 e com um controle rigoroso de sua prescrição devido ao seu potencial de adição, através do formulário azul e da retenção de receita. Apesar dos BZD comporem uma classe de medicamentos relativamente segura, seu uso abusivo e crônico o torna deletério para o estado cognitivo e psicomotor, o que leva uma série de alterações no estado geral do idoso, que recorre as consultas nas unidades de saúde com poliqueixas devido ao uso dessa classe medicamentosa como consequência do abuso de BZD, conjuntamente com uma interação com outros medicamentos, aliado as suas alterações fisiológicas/metabólicas decorrentes da idade. A prevalência do consumo destes

fármacos é elevada no Brasil. Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo um em cada dez adultos recebe prescrição de benzodiazepínico, quase sempre feita por clínico geral (ANDRADE; ANDRADE & SANTOS, 2004). Na população idosa em geral, que geralmente faz uso de outros medicamentos, o uso dos BZD pode se tornar um agravante devido interação medicamentosa, uma vez que esta população é mais vulnerável aos efeitos adversos dos BZD (ALVARENGA, 2010). No Brasil, diferentes estudos apontam que a utilização destes medicamentos ainda é amplamente difundida entre pacientes com idade superior a 60 anos (MOSEGUI; ROZENFELD; VERAS, 1999; ROZENFELD, 2003).

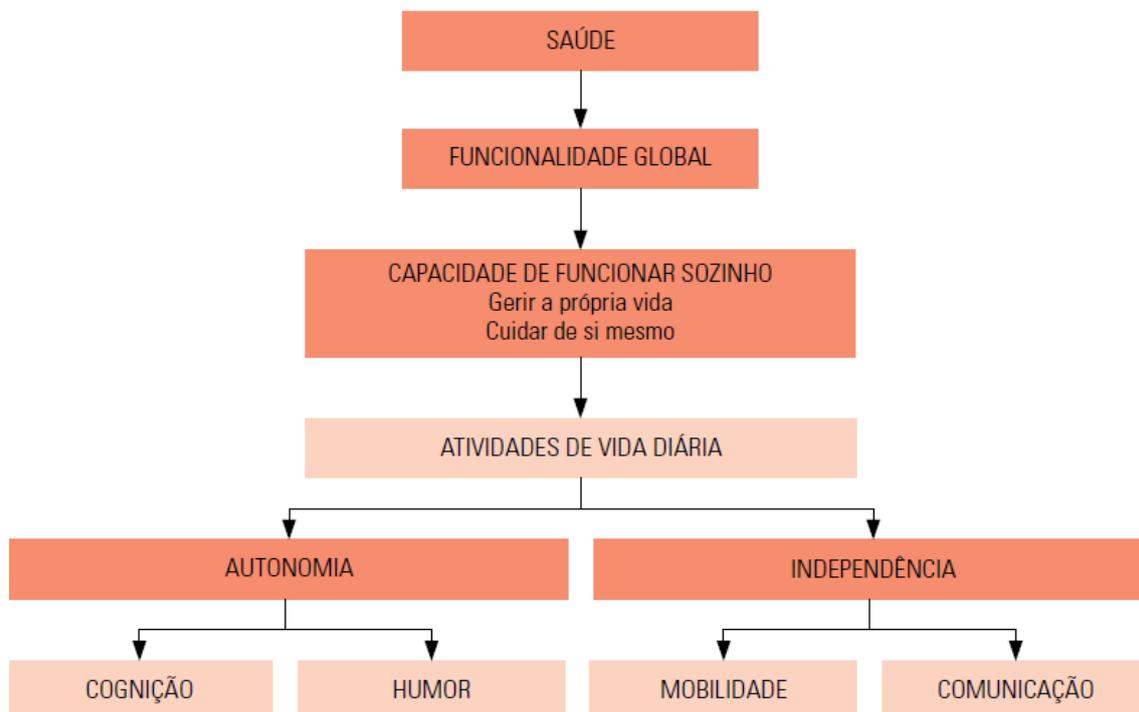
De acordo com o Boletim de Fármaco epidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no período de 2007 a 2010, os BZD foram as substâncias controladas mais consumidas pela população brasileira, e estima-se que os gastos das famílias com o consumo dessas substâncias, por exemplo, com o Clonazepam que foi um dos três ansiolíticos mais consumidos nesse período, pode ter chegado a R\$ 92,4 milhões.

No Brasil, é a terceira classe de drogas mais prescritas, sendo utilizada por aproximadamente 4% da população (NORDON; AKAMINE; NOVO, 2009). São fatores que contribuem para o abuso e uso crônico destes medicamentos: aspectos psicoemocionais, mudanças fisiológicas, fatores socioeconômicos, socioculturais que resultantes em muitas ocasiões de transtornos de ansiedade, depressão e insônia. Tais fatores são associados uma prescrição indiscriminada por grande parte dos profissionais médicos, e ao fato de que ainda há um relativo acesso fácil a esses medicamentos, somados ao perfil de tolerância e adição dessa classe de medicamentosa.

Considerando a importância da Saúde da Família e a necessidade de um modelo que conte com profissionais com a devida qualificação para o trabalho em atenção básica, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Atenção Básica como prioridade da Rede de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, conforme Ministério da Saúde (BRASIL, PNAB, 2007).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2012, p54).

É neste contexto que este trabalho se insere, considerando o papel protagonista de uma ESF, em intervir e elaborar um plano de intervenção no município de Santa Helena de Minas que envolva o problema. Para além dos próprios profissionais médicos da atenção básica que desconhecem essa realidade ou a negligenciam, o que é bastante grave uma vez que são eles também uns dos principais protagonistas nesse cenário, com uma prescrição indiscriminada e ou negligenciada pela falta conhecimento técnico científico, em especial os benzodiazepínicos. Pretende-se que a própria equipe de saúde ESF torne-se mais consciente da importância de saber lidar com este problema, a fim de potencializar seus esforços e conhecimentos nesse processo de intervenção, para poder promover saúde, prevenir doenças e iatrogenias, a fim de seguir um modelo próximo do ideal da saúde do idoso, como ilustra o seguinte fluxograma.



**FIGURA 1.** Domínios de saúde do idoso. Fonte: Moraes; Marino; Santos 2010, p. 55.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Elaborar um plano de ação/intervenção visando minimizar os riscos a que está exposta a população idosa em decorrência do abuso e uso crônico dos BZD.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Habilitar por meio de educação permanente, planos de ações e formação de grupos operativos para toda a equipe que compõe uma ESF.
- Proporcionar informação para a população idosa sobre os efeitos adversos dos BZD, a fim de diminuir o uso abusivo e crônico e suas repercussões deletérias para saúde mental, física e riscos associados, e conseqüentemente uma melhora da qualidade de vida.
- Sensibilizar e capacitar os profissionais da saúde da equipe (ESF) a perceberem a importância de identificarem os efeitos do uso abusivo e crônico de BZD na população idosa, para que se possa intervir de forma mais breve possível e gerar resultados positivos, a fim de se tornar uma referência para as outras micro áreas do município de Santa Helena de Minas, e ou de outros municípios.
- Conscientizar o médico, o qual é protagonista principal na questão da prescrição e conhecimento dos mecanismos de ação dos medicamentos.

### 3. JUSTIFICATIVA

Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,71% da população total (FONSECA & CARMO, 2000), o que demandará melhorias no modelo de atenção à saúde prestado no país. Por outro lado, o envelhecimento traz consigo um maior risco de adoecer e adquirir incapacidades, resultando em um maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde (MORAES, 2012).

O autor desta proposta observou que, ao iniciar as atividades no município de Santa Helena de Minas no qual havia sido alocado pelo projeto Mais Médicos para o Brasil, foi notório o alto índice da demanda pelos BZD, mediante a renovação de receitas e demanda direta pelos pacientes. Os psicotrópicos eram e são um dos grandes protagonistas da solicitação farmacológica diária, em especial os BZD, para além dos antidepressivos, anti-hipertensivos e hipoglicemiantes.

Inicialmente foi realizada uma tentativa de conscientização e descontinuação do uso de BZD, sem um plano estruturado de intervenção. Foi inviável dar seguimento, primeiro pela falta de um planejamento e organização, seguido pela resistência dos pacientes em especial os idosos em abandonar os BZD, e tentar adotar outros meios com a finalidade de evitar a dependência psicológica, química e suas repercussões, terceiro uma equipe preparada, conscientizada e adepta à ação, e por último um fator agravante é a questão cultural médica no uso desta classe de medicamento. O uso dos BZD parece estar impregnado de forma crônica, e há relutância à mudanças de hábitos de vida, e o município não dispunha naquele momento de uma equipe de saúde ainda com a devida capacitação e infraestrutura no início das minhas atividades. Após 18 meses de trabalho, vem se confirmando o que demonstra os estudos e as evidências clínicas sobre o prejuízo na saúde integral do idoso, assim como uma questão de saúde pública, em custo benefício para o município, negligenciada e obscurecidas pelos interesses políticos dos gestores de saúde e da classe política. Apesar de todos esses Nós críticos, este trabalho foi elaborado a fim de diminuir o uso abusivo e crônico, com suas repercussões na saúde do idoso, incluindo as frequentes queixas recorrentes da perda de memória, desorientação, sensação de lentidão psicomotora, consultas por quedas e demais

queixas associadas. Ademais é de suma importância que os profissionais invistam neste conhecimento a fim de minimizar prejuízos a saúde do idoso.

Baseado na realidade do município Santa Helena de Minas-MG, com uma população idosa total de 764 ou 12,62% de um total de 6.055 pessoas, e por gênero 396 (6,54%) sendo homens e 368 (6,08%) sendo mulheres segundo os dados do município (Santa Helena de Minas, Plano Municipal Saúde, 2013). Ainda que haja algumas discrepâncias de números ou resultados de um estudo para outro, em termos gerais os dados não diferem muito do contexto nacional e mundial.

Neste trabalho o público alvo será a população idosa em geral sem classificar o perfil do usuário idoso (gênero, social, econômico e cultural) apenas trata-se de um grupo de faixa etária mais vulnerável aos efeitos adversos e deletérios para saúde mental/cognitiva, fisiológico e motor do idoso, quanto ao uso crônico, para além de outros riscos, que serão descritos sem alvo de abordagem mais profunda.

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de estudo em que foi realizado um diagnóstico situacional e uma revisão da literatura científica com vistas para uma proposição de um Plano de Intervenção.

A revisão da literatura foi realizada abordando o uso de BZD pela população idosa em geral nos últimos 15 anos, considerando o aumento da população idosa e o papel da ESF, nas seguintes bases de dados: Bireme (BVS), Scielo, Lilacs (BVS), PsycInfo, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, Google, Monografias, Artigos científicos, revistas, Projeto Diretrizes e Biblioteca Virtual da Saúde do Ministério da Saúde. Foram utilizados como descritores: ansiolíticos, saúde do idoso, envelhecimento da população, uso crônico de benzodiazepínicos com efeitos iatrogênicos, ESF. Após leitura das publicações, as informações foram analisadas e comparadas, considerando alguns aspectos relevantes para elaboração deste trabalho.

Além da revisão bibliográfica, foram considerados os conhecimentos adquiridos neste curso de especialização, que subsidiou a elaboração de um plano de ação por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES) com base no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS, FARIA; SANTOS,2010).

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

Para realização deste trabalho foram realizados levantamentos bibliográficos sobre o tema: benzodiazepínicos, idosos e o papel do Estratégia de Saúde da Família (ESF) na intervenção neste contexto de uso crônico abusivo de BZD pelos idosos.

A seguir são listadas uma série de conclusões descritas segundo uma revisão feita no Projeto Diretrizes (NASTASY; RIBEIRO; ACPR, 2008) pela Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina após estudos conclusivos em abuso e dependência de benzodiazepínicos, e com base em várias bibliografias realizadas em vários países, sobre esses efeitos que teriam impacto prejudicial para a população geral e idosa em geral, esta última sendo público alvo.

### 5.1 Os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos de acordo com Projeto Diretrizes

Os seguintes sintomas são considerados os principais efeitos colaterais do uso de BZD:

- Sonolência excessiva diurna (“ressaca”)
- Piora da coordenação motora fina;
- Piora da memória (amnésia anterógrada);
- Tontura, zumbidos;
- Quedas e fraturas;
- Reação paradoxal: Consiste de excitação, agressividade e desinibição, ocorre mais frequentemente em crianças, idosos e em deficientes mentais;
- “Anestesia emocional” – indiferença afetiva a eventos da vida;
- Idosos: maior risco de interação medicamentosa, piora dos desempenhos psicomotor e cognitivo (reversível), quedas e risco de acidentes no trânsito;
- Risco de dependência 50% dos que usaram por mais de um ano chegaram a usar por 5 a 10 anos.
  - Risco aumentado de acidentes: no tráfego, em casa, no trabalho;
  - Risco aumentado de overdose em combinação com outras drogas;
  - Risco aumentado de tentativas de suicídio, especialmente em depressão;
  - Risco de atitudes antissociais;

- Contribuição para problemas na interação interpessoal;
- Redução da capacidade de trabalho, desemprego;
- Custo com internações, consultas, exames diagnósticos.

**Quadro 1 - Os cinco princípios ativos da Portaria SVS/MS nº 344/1998 em formulações industrializadas de maior consumo no país. Brasil, 2007-2010.**

ANO	Princípio ativo	Características	UFD	UFD/ farmácia e drogaria	UFD/1.000 habitantes
2007	CLONAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	29.463	7	< 1
	BROMAZEPAN	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	16.117	4	< 1
	ALPRAZOLAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	12.566	3	< 1
	AMITRIPTILINA	Controle especial (Lista C1, Receituário BRANCO)	10.740	3	< 1
	FENOBARBITAL	Psicotrópico (Lista B1, Receituário BRANCO)	9.793	2	< 1
2008	CLONAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	4.784.730	167	25
	BROMAZEPAN	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	2.519.556	88	13
	ALPRAZOLAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	2.112.329	74	11
	FENOBARBITAL	Psicotrópico (Lista B1, Receituário BRANCO)	1.612.024	56	9
	CARBAMAZEPINA	Controle especial (Lista C1, Receituário BRANCO)	1.582.874	55	8
2009	CLONAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	7.498.569	214	39
	BROMAZEPAN	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	3.478.014	99	18
	ALPRAZOLAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	3.069.676	88	16
	SIBUTRAMINA*	Controle especial (Lista C1, Receituário BRANCO)	2.653.396	76	14
	FENOBARBITAL	Psicotrópico (Lista B1, Receituário BRANCO)	2.524.212	72	13
2010	CLONAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	10.590.047	258	56
	BROMAZEPAN	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	4.463.460	109	23
	ALPRAZOLAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)	4.360.203	106	23
	FENOBARBITAL	Psicotrópico (Lista B1, Receituário BRANCO)	3.203.824	78	17
	AMITRIPTILINA	Controle especial (Lista C1, Receituário BRANCO)	3.060.358	75	16

Fonte: (SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa; DATASUS/Ministério da Saúde. 2011,p. 4)

No caso específico dos idosos estes riscos têm maior repercussão, segundo estudos realizados por Moura (2014) baseados em evidências de uma série de bibliografias. Sendo os aspectos mais relevantes da ação dos benzodiazepínicos em idosos, a atenção, concentração, memória e aumento no risco de quedas, exige cautela em sua prescrição, devendo ser considerado seu potencial no desenvolvimento de tolerância e dependência fisiológica, relacionados à idade do paciente e às interações medicamentosas.

Duas outras condições que frequentemente se apresentam no idoso podem contribuir para uma distribuição irregular dos medicamentos. Primeiro, a concentração plasmática de albumina tende a ser menor, o que faz com que a ligação das drogas a essas proteínas também esteja reduzida, resultando maior fração livre da droga no plasma e maior volume de distribuição; segundo a eliminação renal pode estar prejudicada pela diminuição da filtração glomerular nos idosos, sobretudo se são portadores de doença renal crônica, assim prolongando a meia-vida plasmática dos fármacos e aumentando a probabilidade de causar efeitos tóxicos (BEERS *et al.*, 1991; BEYTH & SHORR, 2002; THORN BURG, 1997).

Os receptores BZ1 estão concentrados no córtex cerebral, no tálamo e no cerebelo, o que promove efeito sedativo, amnésia anterógrada e ação anticonvulsivante. O maior risco de amnésia está diretamente relacionado à lipossolubilidade do benzodiazepínico em questão. Os receptores BZD estão concentrados no sistema límbico e nos neurônios motores que medeiam os efeitos ansiolíticos e miorelaxantes. As mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento são particularmente importantes em termos de acumulação dos benzodiazepínicos. O aumento da sensibilidade à droga está diretamente relacionado ao acúmulo de benzodiazepínico e a seus metabólitos ativos. Os idosos alcançam então, efeito mais prolongado e mais intenso. Por isso observam-se com muita frequência confusão mental e desorientação em comparação com o jovem.

São também mais comuns, nessa faixa etária, amnésia anterógrada, sedação, tontura, incoordenação motora e decréscimo de concentração, o que pode predispor a acidentes e quedas.

## 5.2 Quedas em idosos

Quedas são definidas como eventos acidentais em que a pessoa desloca seu centro de gravidade e não consegue restaurar o equilíbrio de forma eficaz. Podem ser causadas por convulsões, doença vascular cerebral, síncope, perda de consciência, alterações motoras ou fatores externos. A incidência anual de quedas em comunidades de idosos acima de 65 anos é de 28% a 35%, alcançando 45% acima de 75 anos de idade (UNGAR *et al.*, 2013).

Em estudo francês intitulado “*Associação entre os benzodiazepínicos e quedas recorrentes: um estudo de base populacional de idosos*” (ROSSAT; FANTINI; BONGUE, 2011) com 7.643 sujeitos participantes, foi observada forte correlação entre o risco aumentado de quedas em idosos, com o uso crônico de benzodiazepínicos, com o sexo feminino e com baixos escores da escala *Mini-Mental State Exam* (MMSE). Vários estudos preconizam a retirada gradual dos medicamentos psicotrópicos como parte da estratégia de redução de quedas em idosos, mas o nível de evidência ainda é limitado.

## 5.3 Benzodiazepínicos e declínio cognitivo

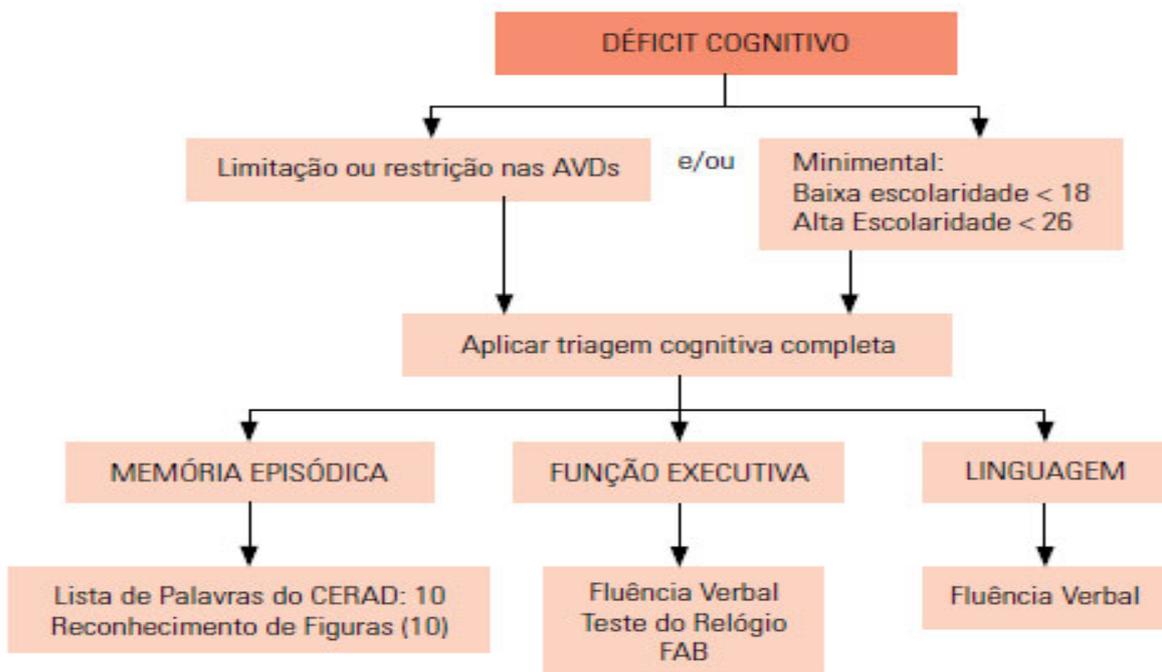


Figura 2 – Fluograma declínio cognitivo no idoso. Fonte: Moraes; Marino; Santos (2010, p. 57).

Vários estudos sugerem correlação entre declínio cognitivo em idosos e doença de Alzheimer e uso crônico de psicotrópicos, entre eles os benzodiazepínicos. Estudos observacionais acompanhados com as escalas MMSE e *Clinical Dementia Rating* (CDR) relatam o fato com o uso de antipsicóticos e benzodiazepínicos, mas não antidepressivos em, respectivamente, 335 e 224 pacientes com doença de Alzheimer. Lopez e colaboradores (2010), em estudo longitudinal com 179 participantes com doença de Alzheimer e grupo de controle sem uso de psicotrópicos, acompanhados por quatro anos, observaram que o uso de sedativos, incluindo-se benzodiazepínicos, estava associado a aumento duplo no risco de mortalidade e aumento de duas vezes do risco de deterioração funcional. Um estudo finlandês sobre “*Uso de medicamentos do SNC e declínio cognitivo em idosos: Estudo de base populacional longitudinal*” (PUSTINEN *et al.*,2011), mostrou frequência de uso de benzodiazepínico de 73% em população de 565 idosos; em dois terços deles, também houve queda da pontuação do exame mínimo do estado mental, principalmente em mulheres, após 7,6 anos de seguimento.

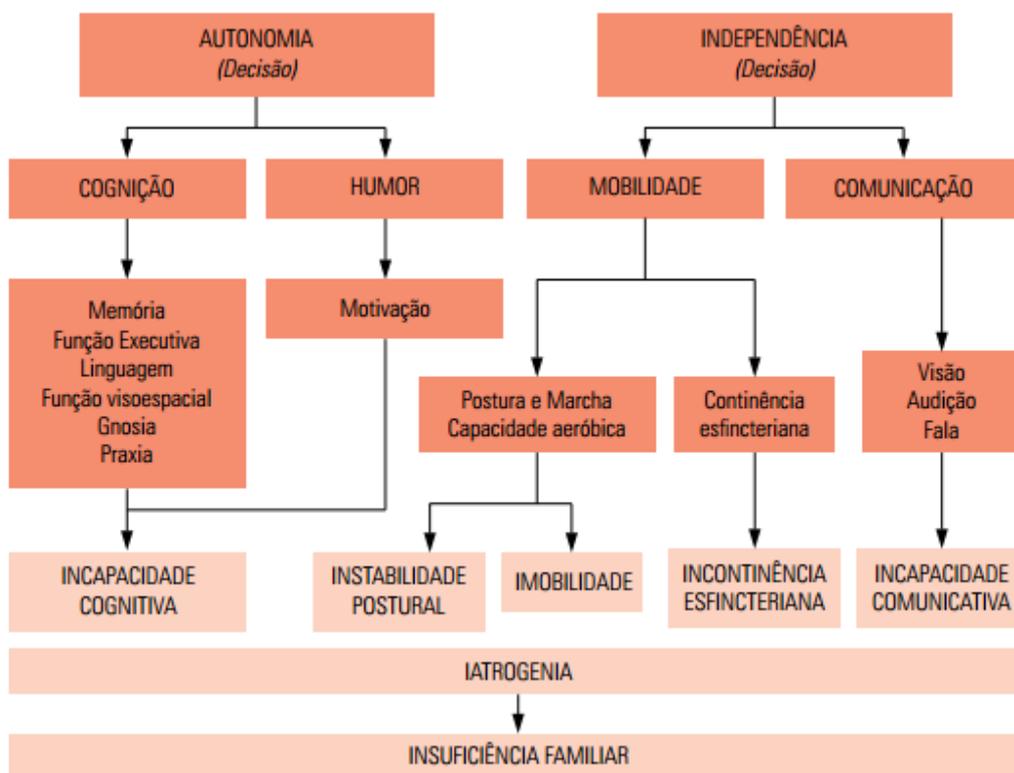


Figura 3 - Rev. Med.- M.G. Grandes síndromes geriátricas. Fonte: Moraes; Marino, Santos (2010, p. 56).

Considerando-se que o declínio cognitivo implica pior desempenho em tarefas motoras, ocorreria aqui também um efeito adicional dos benzodiazepínicos na maior incidência de quedas nessa população. No entanto, dada a prevalência de polifarmácia em idosos, os estudos são limitados e não têm o poder de distinguir efeitos de medicamentos individualmente. Dadas essas limitações, de qualquer forma, não se pode descartar a possibilidade de que medicamentos psicotrópicos tenham efeito deletério sobre o curso clínico da doença de Alzheimer. Essa questão poderia ser resolvida por outros estudos observacionais, com rotina de coleta de dados mais elaborada e maior intervalo de tempo de acompanhamento, por exemplo.

#### **5.4 Medicamentos potencialmente impróprios para idosos**

Parcela significativa de idosos manifesta várias doenças simultaneamente, o que leva ao uso concomitante de vários medicamentos. Paralelamente, as mudanças na composição corporal e nas funções dos rins e do fígado decorrentes do envelhecimento humano, levam a alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, além das interações dos vários medicamentos (MOURA, 2014).

A biodisponibilidade de drogas hidrossolúveis administradas por via oral, por exemplo, pode estar aumentada, haja vista que o idoso possui menor teor de água no organismo, o que acarreta redução em seu volume de distribuição (BEYTH & SHORR, 2002) e drogas lipossolúveis, como os BZD, por exemplo, apresentam maior volume de distribuição no idoso, pois a proporção de tecido adiposo nesses indivíduos é maior (BEERS *et al.*, 1991). Portanto, são comuns as iatropatogênias em idosos, mas estas poderiam ser prevenidas na etapa inicial de prescrição, desde que fossem divulgadas e respeitadas as listas de medicamentos potencialmente impróprios para idosos, definidos como fármacos com risco de provocar efeitos colaterais danosos superiores aos benefícios. As versões dos critérios de Beers ou de Beers-Fick, instrumento que visa a detectar potencial risco de iatropatogenia medicamentosa em idoso, tornaram-se as mais citadas e usadas mundialmente, mas há críticas quanto a sua abrangência medicamentosa e adaptabilidade a cada país.

Procurando-se reduzir esses aspectos, foi elaborada uma lista de medicamentos potencialmente impróprios a idosos, citado por GORZONI; ALVES

FABRI; PIRES (2012), denominada *Priscus*, para utilização na Alemanha e replicação no Brasil. A lista então produzida, 83 fármacos do total de 18 classes medicamentosas, inclui observações para a prática clínica e opções terapêuticas. Essa lista abrange todos os benzodiazepínicos de ação curta, média e longa, mas um estudo realizado posteriormente em cem idosos, mostrou que esses foram os principais medicamentos prescritos para a população com idade em média acima de 75 anos, para uso crônico.

**Quadro 2-** Principais Agentes Hipnóticos Disponíveis no Brasil

Medicação	Grupofarmacológico	Meia-vida	Tempo para ação	Dose adultos
Zolpidem	imidazopiridina	1,5 - 2,5 horas	20 - 30 minutos	5 - 10 mg
Triazolam	BZD	0,5 - 2 horas	20 - 30 minutos	0,25 - 0,5 mg
Midazolam	BZD	1,5 - 2,5 horas	30 - 90 minutos	7,5 - 15 mg
Estazolam	BZD	10 - 24 horas	15 - 30 minutos	1 - 2 mg
Flunitrazepam	BZD	10 - 20 horas	20 - 30 minutos	0,5 - 1,0 mg
Flurazepam	BZD	70-10horas	15 – 30 minutos	7,5 -15 mg
Diazepam	BZD	20 - 40 horas	20 - 30 minutos	5 - 10 mg
Temazepam	BZD	10 - 24 horas	60 - 120 minutos	15 - 30 mg
Nitrazepam	BZD	25-35horas	20 - 40 minutos	5 - 10 mg
Alprazolam	BZD	6 - 20 horas	20 - 40 minutos	0,25 - 3 mg
Bromazepam	BZD	10 - 12 horas	30 - 40 minutos	3 - 6 mg
Cloxazolam	BZD	18 - 20 horas	20 - 30 minutos	18 - 20 mg
Clonazepam	BZD	20 - 60 horas	20 - 30 minutos	0,5 - 2 mg

**Fonte:** Grupo Editorial Moreira Jr, Revista Brasileira de Medicina, HASAN, Rosa *et al* (2009, p. 34).

Há aproximadamente duas décadas surgiram instrumentos visando detectar potenciais riscos de iatrogenia medicamentosa em idosos, sendo o de Beers-Fick (2003) o mais utilizado deles. Beers *et al.* (1997) estabeleceram critérios, baseados em trabalhos publicados sobre medicamentos e farmacologia do envelhecimento, para definir lista de fármacos potencialmente inapropriados a adultos com 65 ou mais anos de idade. Em 2003 atualizaram esses critérios, dividindo-os em dois: 1) Medicamentos ou classes deles que deveriam ser evitados em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica, devido ao alto risco de efeitos colaterais e pela existência de outros fármacos mais seguros; 2) Medicamentos ou classes deles que não devem ser usados em determinadas circunstâncias clínicas (FICK; *et al*, 2003).

### **5.5 Iatrogenia (latros: médico, gignesthai: nascer, derivado de palavra gênese: produzir)**

Segundo Moraes; Moraes; Pessoa (2010, p.60), significa qualquer alteração patogênica provocada pela prática médica. É fundamental evitar iatrogenia em idosos devido à sua natural vulnerabilidade mais acentuada às reações adversas associadas às drogas, às intervenções não-medicamentosas, decorrentes da senescência, do risco de polipatogenia e de polifarmácia, além de incapacidades. A iatrogenia resulta da presença de uma ou mais das seguintes situações:

- 1.iatofarmacogenia: decorrente do uso de medicamentos, de polifarmácia, da interação medicamentosa e do desconhecimento das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas ao envelhecimento;
- 2.internação hospitalar: que pode potencializar os riscos decorrentes do declínio funcional, da subnutrição, da imobilidade, da úlcera de pressão e da infecção hospitalar;
- 3.iatrogenia da palavra: associada ao desconhecimento de técnicas de comunicação de más notícias;
4. iatrogenia do silêncio: que decorre da dificuldade de ouvir adequadamente o paciente e sua família;
- 5.subdiagnóstico: pela tendência a atribuir todas as queixas apresentadas pelo idoso ao fenômeno “da idade”, o que pode resultar grave erro;
- 6.cascata propedêutica: em que a solicitação de exames é feita de forma desnecessária, extensiva, sem indicação precisa;
- 7.distanásia: caracterizada pelo prolongamento artificial da vida sem perspectiva de reversibilidade, com sofrimento para o paciente e sua família;
- 8.prescrição de intervenções fúteis e/ou sem comprovação científica: que impõem ao paciente risco desnecessário;
- 9.iatrogenia do excesso de intervenções reabilitadoras: o excesso de “equipe interdisciplinar” pode trazer consequências desfavoráveis ao paciente, assim como o faz a polifarmácia. A maior parte da iatrogenia resulta do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das peculiaridades da abordagem ao idoso.

### Quadro 3. Principais efeitos colaterais das drogas nos idosos

Confusão Mental	Anticolinérgicos: antipsicóticos (tioridazina > haloperidol) Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina > imipramina > nortriptilina), antiparkinsonianos Bloqueadores H2 (cimetidina, ranitidina), corticosteróides, digitálicos, fenitoína, benzodiazepínicos, analgésicos narcóticos
Quedas	Psicotrópicos (sedação): benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, anticolinérgicos Antihipertensivos (hipotensão ortostática): metildopa > nifedipina > diuréticos > $\beta$ -bloqueadores
Constipação Intestinal	Anticolinérgicos, bloqueadores de canal de cálcio, analgésicos narcóticos, antiácidos com alumínio, diuréticos, carbonato de cálcio e suplemente de ferro, AINEs
Hipotensão Ortostática	Anticolinérgicos, antiadrenérgicos (antidepressivos tricíclicos: amitriptilina > imipramina > nortriptilina), antihipertensivos, anti-histamínicos, álcool
Retenção Urinária Aguda	Anticolinérgicos, analgésicos narcóticos, agonistas $\alpha$ -adrenérgicos, bloqueadores de canal de cálcio, agonistas $\beta$ -adrenérgicos
Incontinência Urinária	Anticolinérgicos, analgésicos narcóticos, agonistas $\alpha$ -adrenérgicos, bloqueadores de canal de cálcio, agonistas $\beta$ -adrenérgicos podem causar incontinência urinária de sobrefluxo Bloqueadores $\alpha$ -adrenérgicos podem causar incontinência de esforço Diuréticos podem causar incontinência de urgência Benzodiazepínicos, sedativos, hipnóticos: incontinência funcional
Parkinsonismo	Antagonistas dopaminérgicos (cinarizina, flunarizina), antipsicóticos (haloperidol > tioridazina > risperidona > olanzapina > quetiapina > clozapina) metoclopramida, fluoxetina,
Xerostomia	Anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos, antihistamínicos, anti hipertensivos, antiparkinsoniano, ansiolíticos e diuréticos
Tinnitus	Aminoglicosídeos, salicilatos, AINEs, diuréticos de alça
Anorexia	Digoxina, teofilina, hidroclorotiazida, AINEs, triantereno, inibidores da enzima conversora.
Má-Absorção de Vitamina B12	Metformina, cimetidina, ranitidina, omeprazol, colchicina
Má-Absorção de Ácido Fólico	Metotrexato, difenilhidantoína, primidona, carbamazepina, fenobarbital, isoniazida, trimetropin, contraceptivos orais, sulfasalazina, triantereno, álcool, metformina, colestiramina.
Má-Absorção de Vitaminas Lipossolúveis	Óleo mineral
Insônia	Teofilina, descongestionantes nasais, inibidores da recaptção de serotonina (fluoxetina), IMAO, $\beta$ -agonistas

Fonte: Rev. Med. - M.G. Moraes; Marino; Santos (2010, p. 58).

Pergunta-se se os critérios de Beers-Fick poderiam ser utilizados como guia para a boa prescrição de medicamentos genéricos brasileiros em idosos, procurando-se assim reduzir iatrogenias, consultas e hospitalizações nesses pacientes. Medicamentos potencialmente impróprios para idosos pelos critérios de Beers e Fick, adaptado para o Brasil na classe dos BZD são: Lorazepam > 3,0 mg/dia, Alprazolam > 2,0 mg/dia, Diazepam, Flurazepam, Clorazapato e Clonazepam.

A lista de critérios de Beers-Fick é uma ferramenta indispensável para orientar o uso de medicamentos inapropriados por idosos e para evitar os efeitos secundários causados pelo uso inadequado deles. No entanto, os profissionais da área médica no Brasil carecem de conhecimento sobre a prescrição desses

medicamentos quanto a idosos. Adicionalmente, a pouca disponibilidade de medicamentos adequados para idosos em nossos serviços públicos de saúde, muito procurados por eles, aumenta o risco de uso desses medicamentos nessa população. De acordo com Moraes e Marino (2010):

Muitos estereótipos e preconceitos servem como álibis para justificar o desconhecimento sobre o processo de envelhecimento, o idoso e a velhice. Todos os sintomas ou incapacidades apresentadas pelo idoso são facilmente atribuídos ao envelhecimento *per se* (“da idade”). O diagnóstico, em consequência, não é especificado corretamente e, obviamente, o tratamento limita-se à prescrição de drogas fúteis e, por vezes, iatrogênicas capazes de piorar a vida do idoso. Mais grave que o desconhecimento é não percebê-lo, ou seja, julgar que sabe. Desta forma, corrompe-se o princípio básico da Medicina, ***primum non nocere*** (primeiro, não prejudicar).

## 6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Quadro 4 - Desenho das operações

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados Paradigmas	<b>+ Saúde</b> Higiene do sono/ cognitivo, físico/orgânico  Mudança de hábitos de vida	Melhora sono/ Diminuição ansiedade, depressão, comorbidades ortopédicas, endocrínicas, circulatória	Programa de caminhada/ Palestras educativas, nutricionais  Ações sociais	<u>Informações:</u> Reeducação  <u>Organizacional:</u> Planejamento, estrutura, adesão
Falta de recursos /ferramentas comunitárias	<b>Qualidade de vida.</b>  Oferecer mais recursos de lazer/cultura.  Espaço físico  Centros de tratamento especializados  Centros de formação	Melhora qualidade vida Prevenir e evitar agravos de doenças Recuperação Manutenção Cura Treinamento de cuidadores	Centros de esporte/lazer/cultura/ NASF  Hospitais  Centros de formação técnica em saúde	<u>Político:</u> envolvimento das autoridades.  <u>Financeiro:</u> Investimentos.  <u>Organizacional:</u> Mobilização social.
Falta de estrutura dos serviços de saúde	<b>Articulação</b>  Receber apoio do serviço de psiquiatria, ortopedia, psicologia, endocrinologia, circulatório, assist. Social.	Melhoria técnica do atendimento.  Melhoria do fluxo referência/ contra referência Busca ativa	Suporte da Saúde mental  NASF Hospitais PSF/Atenção Básica	<u>Organizacional:</u> Articulação entre os setores  <u>Cognitivo:</u> elaboração de linha de cuidados.
Usuários já em uso crônico de medicamentos	<b>Descontinuação gradual,</b> Descontinuar o uso crônico dos medicamentos, medicamentos apropriados para a idade, ajuste da posologia	Descontinuação do uso crônico de medicamentos  Gradualmente	Grupo usuários crônicos de medicação desnecessária ou incorreta	<u>Organizacional:</u> Formar o grupo da população alvo, prescrição consciente  <u>Cognitivo:</u> Avaliação médica individualizada

No módulo de “Planejamento e avaliação das ações em saúde”, no referido Curso de Especialização em Saúde da Família, são abordados aspectos conceituais e práticos sobre plano e projeto de intervenção. Campos, Faria e Santos, (2010) buscam em Carlos Matus (1989), o conceito de plano, como sendo “um produto momentâneo de um processo de planejamento” e importante instrumento que, em determinados momentos, permite o compartilhamento e/ou a negociação dos projetos elaborados. Já o projeto de intervenção está sempre embasado em um problema, individual ou coletivo e que requer, portanto, “uma ação social planejada, estruturada em objetivos, resultados e atividades, baseados em uma quantidade limitada de recursos [...] e de tempo” (ARMANI, 2000). Para Stephanou; Muller e Carvalho (2003), elaborar um projeto de intervenção implica conhecer a realidade na qual se pretende atuar, criar estratégias/ações para transformar essa realidade e conscientizar-se de que exige esforços e capacidade para propor e programar a intervenção.

A seguir estão apresentados quadros nos quais estão descritos os passos da elaboração do plano de ação.

**Quadro 5 - Recursos críticos para cada operação**

Operação	Recurso crítico
<b>+ Saúde</b>	Cognitivo: Mudanças de hábitos de vida Família: Envolvimento e trabalho conjunto
<b>Institucional</b>	Político: Atitude das autoridades Financeiro: Investimento em recursos comunitários Profissionais: Investimento na capacitação
<b>Qualidade de vida</b>	Organizacional: Matriciamento das especialidades/ articulação entre setores da saúde, assistência social/jurídica -Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica -Co-financiar o sistema de atenção básica -Ordenar a formação de recursos humanos -Manter as bases de dados nacionais -Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território; - Regular as relações intermunicipais; - Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território; - Co-financiar as ações de atenção básica; - Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território. -Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; - Contratualizar o trabalho em atenção básica; - Alimentar os sistemas de informação; - Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.
<b>Articulação</b>	Profissionais de saúde: Mudança de atitude /capacitação/educação permanente, reavaliação dos conhecimentos técnicos dos profissionais de saúde
<b>Descontinuação gradual,</b>	Cognitivo: Aceitação/colaboração do paciente, medicação substitutiva apropriada para idosos; Centros de convivência: Terapia ocupacional

Quadro 6 - Viabilidade detalhada do plano

Operações / projetos	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica	PRAZO DE EXECUÇÃO
Qualidade de vida.	Estrutura Centros especializados	Médicos/enfermeiros Sec. De Saúde Hospitais Centros de Regulação	Favorável	Coordenação entre centros/instituições	Imediato
Articulação	<u>Cognitivo</u> : mudança de hábitos de vida	Médico, sec. De saúde Usuários	Favorável Dos usuários: Parte é favorável, parte é indiferente.	Palestras na UBS, planejamento planos de intervenção, atenção secundários/terciários	6 meses - 2 anos
Descontinuação gradual	<u>Político</u> : Atitude das autoridades  <u>Financeiro</u> : Investimento em recursos comunitários	Associações de bairro Ministério da Ação Social Secretários de Saúde, Planejamento, Ação Social, Educação, Cultura e Lazer, ONGs, Sociedade Civil, Defesa Social, Judiciário	Algumas instituições são favoráveis outras são indiferentes Disposição política	Apresentar projetos e propostas às instituições. Propor grupos de caminhada/ocupacional e outros	1 – 2 Anos
Articulação	<u>Organizacional</u> : Matriciamento das especialidades/articulação entre setores da saúde	Secretaria de Saúde Sec. Estadual de saúde MS	<b>Favorável</b>	Apresentar proposta à Secretaria de Saúde	Imediato
Receita consciente  Capacitar os profissionais	<u>Cognitivo</u> : Mudança de atitude	Faculdades de medicina Profissionais médicos	Parte favorável, parte indiferente.	Remanejamento farmacológico	A partir de 6 meses
Médicos quanto ao uso racional de medicamentos	Capacitação, negligência, recursos necessários	Ministério da saúde Universidades de medicina com formação de qualidade comprovada	Institucional Condições de trabalho	Prescrição de drogas consciente para prevenção iatrogênica, protocolos	O mais pronto possível

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expectativa deste plano de intervenção, é romper paradigmas profissionais e culturais da população, onde reside o principal nó crítico, assim reeducar e conscientizar tanto profissionais da saúde como a população, para uma ação conjunta e eficaz, pois somente haverá sucesso se ambas partes estiverem em sintonia na naquilo que realmente realizará e promoverá uma mudança significativa na qualidade de vida das pessoas. Logo, buscar trabalhar a descontinuação na medida do possível dos pacientes com potencial de desabitação farmacológica total, e um reajuste nas doses daqueles em que já não há uma possibilidade de desabitação plena, com a finalidade de minimizar os riscos que comporta o consumo crônico, além do preconizado, nos idosos assistidos nesta ESF, também extremamente pertinente neste processo, será a capacitação e a participação adequada de todos que compõe a equipe da ESF, necessária para saber lidar com este cenário, e por último sensibilizar e tentar desenvolver em conjunto com a comunidade e o poder político, criar centros de convivência como uma forma de terapia ocupacional para esta população como alternativas. Assim, o plano de intervenção deverá ser monitorado e avaliado permanentemente.

É importante salientar que neste trabalho, o fato de que sendo um dos maiores problemas observados ao longo das experiências pessoais/profissionais e científico literária, para além da política praticada aplicada de forma ineficaz, questões sociais e culturais, evidencia de forma gritante um problema, em especial na atenção ao idoso desde o ponto de vista da medicina, é o despreparo e negligência dos profissionais da área de saúde, sobretudo o médico, quanto à preservação e/ou recuperação da sua saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, J. M. et al. Chronic use of benzodiazepines among older adults. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 6, p. 866–872, 2014.

ANDRADE, V. M., SANTOS, F. H. e BUENO O.F. A. *Neuropsicologia Hoje*. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

ARGIMON, I. I. DE L.; STEIN, L. M. **Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal** *Cadernos de Saúde Pública*, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n1/08.pdf>>

ARMANI, Domingos. Como elaborar projetos. **Guia prático para elaboração e gestão de**, 2000.

BEERS, Mark H. Explicit Criteria for Determining Potentially Inappropriate Medication Use by the Elderly. *Archives of Internal Medicine*, v. 157, n. 14, p. 1531, 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9236554>>. Acesso em: 05 abr. 2014.

BEYTH, Rebecca J.; SHORR, Ronald I. Principles of drug therapy in older patients: rational drug prescribing. *Clinics in geriatric medicine*, v. 18, n. 3, p. 577-592, 2002.

BLUMSTEIN, Tzvia; BENYAMINI, Yael; CHETRIT, Angela; *et al.* Prevalence and correlates of psychotropic medication use among older adults in Israel: Cross-sectional and longitudinal findings from two cohorts a decade apart. *Aging & Mental Health*, v. 16, n. 5, p. 636–647, 2012. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2011.644262>>. Acesso em: 8 ago. 2014.

BRASIL. ANVISA. Panorama dos dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados: **Um sistema para monitoramento de medicamentos no Brasil**. SNGPC, v. 2, n. 1, p. 9, dez. de 2011. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2011/boletim\\_sngpc\\_2edatualizada.pdf](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_2edatualizada.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2014.

BRASIL. ANVISA. Panorama dos dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados: **Um sistema para monitoramento de medicamentos no Brasil**. SNGPC, v. 2, n. 1, p. 9, dez. de 2011. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2011/boletim\\_sngpc\\_2edatualizada.pdf](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_2edatualizada.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2014.

BRASIL. IBGE. **Censo demográfico**, v. 22, p. 10, 2012. Disponível em < [www. ibge. gov. br](http://www.ibge.gov.br)> Acesso em 04 abri. 2014.

BRASIL, I. B. G. E. **Censo demográfico**, v. 13, 2010. Disponível em < [www. ibge. gov. br](http://www.ibge.gov.br)>. **Acesso em 04 abri. 2014**

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 3º de out. 2003. Seção 1, p. 1-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 de out. de 2014.

BRASIL. **Ministério da saúde**. Portal da Saúde: Estratégia e Saúde da Família. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)>. Acesso em: 5 abr. 2014.

BRASIL. Projeto Diretrizes: **Abuso e Dependências dos Benzodiazepínicos**.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2010.

CHAVANT, Francois; FAVRELIÈRE, Sylvie; LAFAY-CHEBASSIER, Claire; *et al.* Memory disorders associated with consumption of drugs: updating through a case/noncase study in the French Pharmacovigilance Database. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 72, n. 6, p. 898–904, 2011. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2125.2011.04009.x>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

CUNNINGHAM, Colleen M.; HANLEY, Gillian E.; MORGAN, Steve. Patterns in the use of benzodiazepines in British Columbia: Examining the impact of increasing research and guideline cautions against long-term use. *Health Policy*. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851010001028>>. Acesso em: 15 out. 2014.

FICK, Donna M.; COOPER, James W.; WADE, William E.; *et al.* Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Archives of Internal Medicine**, v. 163, n. 22, p. 2716, 2003. Disponível em: <<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.163.22.2716>>. Acesso em: 14 de ago. 2014.

FONSECA, José Eduardo; CARMO, Thais Adriana do. O idoso e os medicamentos. **Saúde em Revista**, v. 2, n. 4, p. 35-41, 2000.

Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.

GORZONI, Milton Luiz; FABBRI, Renato Moraes Alves; PIRES, Sueli Luciano. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 4, p. 442-446, 2012.

GREENBLATT, David J.; HARMATZ, Jerold S.; SHADER, Richard I. Clinical Pharmacokinetics of Anxiolytics and Hypnotics in the Elderly. **Clinical Pharmacokinetics**, v. 21, n. 4, p. 262–273, 1991. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.2165/00003088-199121040-00003>>. Acesso em: 15 de dez. 2014.

GRIFFIN, Charles E; KAYE, Adam M; BUENO, Franklin Rivera; *et al.* Benzodiazepine pharmacology and central nervous system-mediated effects. **The**

**Ochsner journal**, v. 13, n. 2, p. 214–23, 2013. Disponível em: <[www.pubmedcentral.nih.gov](http://www.pubmedcentral.nih.gov)>. Acesso em: 14 abr. 2015.

HASAN, Rosa et al. Transtornos do sono. **RBM rev. bras. med**, v. 66, n. 12, 2009.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; ÁVILA, Jennifer Becheregaray Gomes; SANTOS, Silvana Sidney Costa. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2997–2998, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600038&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600038&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 18 nov. 2014.

HUF, Gisele; LOPES, Claudia de Souza; ROZENFELD, Suely, O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 351–362, 2000.

KAPCZINSKI, Flávio *et al*, USE AND MISUSE OF BENZODIAZEPINES IN BRAZIL: A REVIEW, **Substance Use & Misuse**, v. 36, n. 8, p. 1053–1069, 2001.

KNORST, Mara R.; SILVA, Magali Pilz Monteiro da; MANTELLI, Constança; BÓS, Ângelo José Gonçalves. Qualidade de Vida do Idoso. In: TERRA, Newton Luiz (org). *Envelhecendo com qualidade de vida. Programa Geron da PUCRS*. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2001. p. 29-32.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

LOPEZ, Oscar L. et al. Predicting cognitive decline in Alzheimer's disease: an integrated analysis. **Alzheimer's & Dementia**, v. 6, n. 6, p. 431-439, 2010.

MATUS, Carlos. Fundamentos da planificação situacional. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, p. 107-49, 1989.

MCCARTHY, Michael. Prescription drug abuse up sharply in the USA. **The Lancet**, Pittsburgh, PA v. 369, n. 9572, p. 1505–1506, 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1543594611001735>>. Acesso em: 02 de mar. 2015.

MORAES, Edgar Nunes de. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. In: **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. OPAS, 2012.

MORAES, Edgar Nunes De; MORAES, Flávia Lanna De; LIMA, Simone De Paula Pessoa. Principais síndromes Geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, n. 1, p. 54–66, 2010. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383>>. Acesso em: 15 de dez. 2014.

MORAES, Edgar Nunes De; MORAES, Flávia Lanna De; LIMA, Simone De Paula Pessoa. Principais síndromes Geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, n. 1, p. 55, 2010. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383>>. Acesso em: 15 de dez. 2014.

MORAES, Edgar Nunes De; MORAES, Flávia Lanna De; LIMA, Simone De Paula Pessoa. Principais síndromes Geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, n. 1,

p. 57, 2010. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383>>. Acesso em: 15 de dez. 2014.

MORAES, Edgar Nunes De; MORAES, Flávia Lanna De; LIMA, Simone De Paula Pessoa. Principais síndromes Geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, n. 1, p. 56, 2010. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383>>. Acesso em: 15 de dez. 2014.

MORAES, Edgar Nunes De; MORAES, Flávia Lanna De; LIMA, Simone De Paula Pessoa. Principais síndromes Geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, n. 1, p. 58, 2010. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383>>. Acesso em: 15 de dez. 2014.

MOSEGUI, Gabriela B G; ROZENFELD, Suely; VERAS, Renato Peixoto; *et al.* Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 437–444, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101999000500002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000500002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 14 jul. 2014.

MOURA, Mirian. Uso de benzodiazepínicos em idosos, declínio cognitivo e risco de quedas. **Brasília Med.**, v. 51, n. 1, p. 36-41, 2014.

NASTASY H, RIBEIRO M, Marques ACPR. Abuso e dependências dos Benzodiazepínicos, Projeto Diretrizes, São Paulo, 13 de fev. 2008. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/004.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf)>, acesso em: 19 out. 2014.

NEUTEL, C. Ineke. The epidemiology of long-term benzodiazepine use. **International Review of Psychiatry**, v. 17, n. 3, p. 189–197, 2005. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09540260500071863>>. Acesso em: 25 de fev. 2015.

NÓBREGA, Otávio De Tolêdo; KARNIKOWSKI, Margô Gomes De Oliveira. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 309–313, 2005.

Filho, Antônio Márcio Nogueira. **O perfil de idosos em uso de benzodiazepínicos de uma equipe de saúde primária**. 2011.42 f. TCC (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2728.pdf> >. Acesso em: 20 abr. 2014.

NORDON, David Gonçalves; AKAMINE, Karin; NOVO, Neil Ferreira; *et al.* Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 152–158, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082009000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 26 de fev. de 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL. **ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO**: Aspectos Conceituais: Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde. Brasília: DF, 2012

PARR, Jannette M. *et al*, Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis, **Social Science & Medicine**, v. 62, n. 5, p. 1237–1249, 2006.

PUUSTINEN, Pekka Johannes *et al*. Psychological distress and C-reactive protein: do health behaviours and pathophysiological factors modify the association? **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 261, n. 4, p. 277-284, 2011.

ROSENBERG, P. B. *et al*. The association of psychotropic medication use with the cognitive, functional, and neuropsychiatric trajectory of Alzheimer's disease. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 27, n. 12, p. 1248–1257, 2012.

ROSSAT, A.; FANTINO, B.; BONGUE, B.; *et al*. Association between benzodiazepines and recurrent falls: A cross-sectional elderly population-based study. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 15, n. 1, p. 72–77, 2011. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s12603-011-0015-7>>. Acesso em: 11 de nov. 2014.

ROZENFELD, Suely. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717–724, jun. de 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 28 de mar. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA HELENEA DE MINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Santa Helena de Minas, 2013. 63 p.

STEPHANOU, Luis; MÜLLER, Lúcia Helena; CARVALHO, Isabel CM. Guia para elaboração de projetos sociais. **Porto Alegre: Fundação Luterana de Diaconia**, 2003.

STUART-HAMILTON, Ian. A Psicologia do envelhecimento. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SOUKI, Samir Wali Nunes. **Descontinuação do uso crônico de benzodiazepínicos pelos usuários – Plano de Intervenção**. 2013. 41 f. TCC (Curso de Especialização em Atenção Básica de Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal De Minas Gerais, Belo Horizonte.

THORN BURG, J. E. Farmacologia geriátrica. **Brody TM, Larner J, Minneman KP, Neu HC. Farmacologia humana da molecular a clínica**, 1997.

UNGAR, Andrea; RAFANELLI, Martina; IACOMELLI, Iacopo; *et al*. Fall prevention in the elderly. **Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism**, v. 10, n. 2, p. 91–95, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22536299>>. Acesso em: 05 jul. 2014.