

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

CÉZAR GONÇALVES DE CARVALHO

**EDUCAÇÃO PARA SAÚDE SOBRE O USO DE
BENZODIAZEPÍNICOS EM UM PSF DE UM MUNICÍPIO MINEIRO**

Belo Horizonte / Minas Gerais
2017

CEZAR GONÇALVES DE CARVALHO

**EDUCAÇÃO PARA SAÚDE SOBRE O USO DE
BENZODIAZEPÍNICOS EM UM PSF DE UM MUNICÍPIO MINEIRO**

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.

Orientadora: Prof.^a Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim

Belo Horizonte / Minas Gerais
2017

CEZAR GONÇALVES DE CARVALHO

**EDUCAÇÃO PARA SAÚDE SOBRE O USO DE
BENZODIAZEPÍNICOS em UM PSF DE UM MUNICÍPIO MINEIRO**

Banca examinadora

Examinador 1:

Examinador 2 –

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2017.

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Wilson (*in memoriam*), meu grande exemplo e que me ensinou o valor do trabalho, a humildade e a ética. Um dos pilares da minha vida! A saudade é forte, mas eu sei que você está olhando e cuidando de todos nós.

A minha mãe, Vera Lúcia, e meu irmão Ismael, os motivos de tudo que eu faço. Obrigado pelo carinho, por entenderem minhas ausências e pelos ouvidos nos momentos de desabafos.

AGRADECIMENTOS

Ao NESCON-UFMG pela possibilidade de realizar o Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família.

À equipe do PSF Dom Bosco pelo apoio e ajuda. Nem tudo foram flores, mas um bom trabalho envolve opiniões divergentes, pois “paz sem voz não é paz, é medo”.

Aos meus amigos e professores de toda a vida, pelas lições e exemplos ao longo da vida.

Às minhas orientadoras, Prof.^a M^a Fernanda Carolina Camargo e Prof.^a Dr^a Clícia Valim Côrtes Gradim, ao longo da Curso de Especialização da NESCON-UFMG, pelo acompanhamento e paciência durante essa jornada.

“Mesmo que a rota da minha vida me conduza a uma estrela, nem por isso fui dispensado de percorrer os caminhos do mundo”.

José Saramago

RESUMO

Os benzodiazepínicos (BZDP) são drogas utilizadas principalmente como hipnóticos e ansiolíticos. Seu uso tornou-se crescente mundialmente nas últimas décadas, sendo que 10 % dos adultos tiveram contato com o medicamento a cada ano. Considerando a quantidade e a gravidade dos efeitos adversos desses medicamentos, seu uso é contraindicado em idosos, assim como em períodos superiores a quatro a seis semanas. A unidade da Estratégia de Saúde de Família (ESF) Dom Bosco em Pará de Minas, Minas Gerais, possui uma população de abrangência de cerca de 4150 indivíduos. O consumo de BZDP se mostrou acentuado, sendo em torno de 200 receitas mensais para a área de abrangência da unidade, além do fato de que muitos usuários usam esse tipo de medicação por anos. Após uma técnica de estimativa rápida, definiu-se qual problema da área de abrangência abordar, de acordo com sua urgência, gravidade e capacidade de enfrentamento. O presente trabalho teve como objetivo utilizar das práticas educativas sobre o uso de benzodiazepínicos no ESF Dom Bosco. O plano de intervenção propôs três medidas: 1- Grupos de apoio com duas reuniões bimestrais para usuários de BZDP, que desejam informações para interromper o uso e sensibilizá-los quanto ao desmame; 2- Cartazes lúdicos e folhetos anexados nas receitas dos BZDP, alertando sobre os efeitos adversos desses medicamentos; 3- Orientação aos pacientes durante a renovação de receitas quanto aos efeitos adversos dos BZDP e qual a melhor estratégia e prazos para interromper seu uso.

Palavras-chave: Receptores de GABA-Benzodiazepina; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Educação para Saúde.

ABSTRACT

Benzodiazepines (BZDP) are drugs used primarily as hypnotics and anxiolytics. Its use has grown worldwide in the last decades, and 10% of adults have had contact with the drug each year. Considering the amount and severity of the adverse effects of these drugs, their use is contraindicated in the elderly, as well as in periods superior to four to six weeks. The unit of the Family Health Strategy (ESF) Don Bosco in Pará de Minas, Minas Gerais, has a population of approximately 4150 individuals. The consumption of BZDP has been accentuated, with around 200 monthly revenues for the area covered by the unit, in addition to the fact that many users have used this type of medication for years. After a quick estimation technique, it was defined which problem of the scope area to approach, according to its urgency, severity and dealing capacity. The present study has as goal to resort the educational practices on the use of benzodiazepines in the ESF Don Bosco. The intervention plan proposed three measures: 1- Support groups with two bimonthly meetings for BZDP users, who want information to interrupt the use and sensitize them about its weaning; 2- Playful posters and leaflets appended in the BZDP recipes, warning of the adverse effects of these drugs; 3 - Orientation to patients during the renewal of recipes regarding the adverse effects of BZDP and the best strategy and deadlines to interrupt its use.

Key words: Benzodiazepinic GABA Receptors; Mental Health; Primary Health Care; Health education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BZDP - Benzodiazepínicos

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CASMUC - Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

DM - Diabetes Mellitus

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

ONU - Organização das Nações Unidas

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1. Sintomas de abstinência com a retirada dos benzodiazepínicos.

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Unidade do Programa de Saúde de Família Dom Bosco, município de Pará de Minas, estado de Minas Gerais.

Quadro 2. Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de informação dos usuários sobre efeitos adversos dos BZDP”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco, em Pará de Minas, Minas Gerais.

Quadro 3. Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Atenção fragilizada ao paciente, com uso irracional de BZDP ou com indicação precipitada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco, em Pará de Minas, Minas Gerais.

Quadro 4. Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Dependência e latência em usuários do BZDP”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco em Pará de Minas, Minas Gerais.

Quadro 5. Planejamento cronológico das operações.

Figura 1. Orientações sobre reações adversas dos benzodiazepínicos e convite a sua retirada.

Figura 2. Dicas de higiene do sono

Figura 3. Lista de efeitos adversos que segue em anexo com a receita dos benzodiazepínicos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. OBJETIVO.....	19
3.1. Objetivo geral	19
3.2. Objetivos específicos	19
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
4.1. História e farmacologia dos benzodiazepínicos	20
4.2. Indicações e utilização	20
4.3. Reações adversas	22
4.4. Desmame e síndrome de abstinência	23
5. METODOLOGIA	25
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
8. REFERÊNCIAS	33
9. APÊNDICE	35

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Pará de Minas faz parte da mesorregião de Divinópolis e da microrregião de Pará de Minas, possuindo 90.306 habitantes (IBGE, 2014) e distante de 86 Km da capital do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte. Apresenta crescimento populacional ordenado, com taxas anuais de 4% de 2007 a 2010.

O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,725, classificado como alto em relação à média nacional. Localiza-se próxima as BR 262 e BR 352, o que permite facilidade no transporte e acesso às cidades vizinhas, sendo atrativa para investimentos e para área de serviço. No decorrer do século passado, a indústria têxtil, o setor siderúrgico e as agroindústrias apresentaram considerável desenvolvimento, sendo um dos principais polos estaduais da suinocultura e da avicultura. Em 2010, 96% da população vivia acima da linha de pobreza, 3,3% encontrava-se na linha da pobreza e 0,7% estava abaixo. O coeficiente de Gini, que mede a desigualdade social, é de 0,435, sendo que 1,00 é o pior número e 0,00 é o melhor (PNUD, IPEA, FJP, 2014).

De acordo com dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014), a população é majoritariamente católica, com 83,74% adeptos do catolicismo. Na área da educação, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Pará de Minas era, no ano de 2011, de 5,3 (numa escala de avaliação que vai de nota 1 a 10) (PORTAL ODM, 2014).

Em relação à saúde, a cidade é polo da microrregião, sendo referência para atendimentos obstétricos, vagas para centro de terapia intensiva e atendimentos mais complexos, como hemodiálise. De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2016) e relatório anual de gestão de 2015 (PARÁ DE MINAS, 2015), a rede de atenção à saúde é composta por:

- Atenção Primária: 22 unidades de ESF – 14 com modalidade de Saúde Bucal; dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), composta por nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, educador físico; um Polo Academia da Saúde; um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).
- Atenção Especializada: Uma Policlínica (referência para dermatologia, endocrinologia, neurologia, nefrologia, reumatologia, ortopedia, cardiologia, psiquiatria, urologia, programa de asma do adulto) e o Centro de Atenção à

saúde da Mulher e da Criança (CASMUC), que é a referência para mulheres, gestantes de risco e crianças de risco.

- Atenção de Urgência e Emergência: um Pronto Atendimento Municipal, uma ambulância de simples remoção municipal, um transporte sanitário e Corpo de Bombeiros.
- Atenção Hospitalar: Um hospital filantrópico, denominado “Nossa Senhora da Conceição”.
- Apoio diagnóstico: Um laboratório municipal e laboratórios conveniados.
- Vigilância da saúde: Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Imunização, Vigilância Epidemiológica.
- Assistência Psicossocial: Um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), uma Residência Terapêutica, um Centro de Convivência em Saúde Mental.
- Relação dos pontos de atenção: Contrarreferência manual, que é inexistente na prática.
- Relação com outros municípios: Itaúna e Divinópolis são referência para alguns exames de alta complexidade e Belo Horizonte para outros serviços de alta complexidade.
- Consórcio de Saúde: Pará de Minas faz parte da Região de Saúde Ampliada Oeste - Divinópolis, e é integrante e sede da Região de Saúde Pará de Minas (antiga microrregião de saúde). Ela é composta por 9 municípios: Pará de Minas, Pitangui, São José da Varginha, Onça do Pitangui, Conceição do Pará, Leandro Ferreira, Nova Serrana, Igaratinga. O consórcio intermunicipal ao qual Pará de Minas está vinculado é o CISPARÁ. Ele é um consórcio conveniado com todos os municípios da Região de Saúde e sua manutenção se faz através de custeio de rateio e pagamento por produção. Para a prestação de serviços via CISPARÁ os municípios podem contratualizar mediante realização de processos licitatórios.
- Modelo de Atenção: prioriza a promoção e prevenção em saúde, entretanto, torna-se assistencialista com intenção de humanizar mais a atenção na prática.
- Assistência Farmacêutica: Uma farmácia municipal e 10 Unidades Básicas de Saúde com dispensação de medicamentos. A dispensação de medicamentos

é feita nesses locais, mediante apresentação das receitas. As medicações psicotrópicas são liberadas para uso de, no máximo, dois meses, com apresentação da receita com cópia carbonada. No caso específico de benzodiazepínicos, o máximo liberado é 60 comprimidos por receita com apresentação de receita azul, própria para essa medicação. No município de Pará de Minas, o Diazepam e o Clonazepam são disponibilizados pela rede pública.

De acordo com a Lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) (Leis nº8.080 e nº 8142), os princípios doutrinários do mesmo são universalidade, integralidade e equidade sendo suas atribuições (princípios operacionais): a descentralização dos serviços, a regionalização, a hierarquização e participação popular.

Desde a criação da carta de Ottawa, a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, consistindo em um conceito maior que apenas a ausência de doença ou enfermidade”. A promoção de saúde associada à proteção se tornam o foco dos modelos de saúde públicos em muitos países (FARIA et al, 2010; SEGRE, FERRAZ, 1997).

Nesse contexto, o ministério da saúde lança o programa de saúde da família em 1994, sendo promovido a estratégia de saúde da família (ESF). O projeto visava uma reorganização do modelo hospitalocêntrico e centrado no médico, reestruturando a atenção básica e promovendo o bem-estar biopsicossocial da população adscrita. Assim, o indivíduo é percebido não somente como um ser orgânico, mas como um resultado do contexto psicossocial ao qual está inserido (ROSA, LABATE, 2005). Em 2016, o programa de ESF contava com 40196 equipes implantadas, atendendo cerca de 123 milhões de pessoas, ou seja, 60% da população brasileira (BRASIL, 2016).

A unidade da Estratégia de Saúde de Família Dom Bosco em Pará de Minas, Minas Gerais, possui uma população de abrangência de cerca de 4150 indivíduos (CNES, 2016). A maioria dos moradores da área da unidade trabalham na indústria têxtil ou de laticínios que existe no local. As demais atuam na região central do município e necessitam se deslocar todos os dias. O saneamento básico na comunidade é eficiente, com a imensa maioria dos moradores sendo atendida por sistema de esgoto, coleta de lixo e água encanada. As moradias são praticamente

constituídas todas de alvenaria e com disponibilidade de energia elétrica. A comunidade tem índices de violência baixos quando comparados a outros bairros. A taxa de analfabetismo é baixa. A taxa de população idosa na área de cobertura é aproximadamente 15%, sendo que a prevalência de doenças crônicas e a morbidade se correlacionam a esse fator (SIAB, 2015).

A Unidade de Saúde do Dom Bosco está em uma casa adaptada, dividida em dois andares e localizada na região central do bairro Dom Bosco. Recebe pacientes do mesmo bairro e do bairro das Piteiras, São Luiz, Patafufo e Jardim Beatriz. No primeiro andar, há uma sala utilizada para as atividades do NASF, um salão para as reuniões dos grupos de apoio e da equipe, além de um espaço separado por biombo para realização de eletrocardiograma, que é analisado pelo telecárdio e emitido laudos desses exames. Há uma área disponibilizada para telessaúde, porém, é pouco utilizada.

No segundo andar, há a sala de vacina, uma cozinha pequena, um corredor de espera e de recepção, dois consultórios médicos, uma sala de triagem dividida com a sala de curativos, um consultório odontológico e o consultório da enfermagem, onde fica uma mesa ginecológica. O espaço físico é bem aproveitado, mas, considerando que a população atendida gira em torno de 4150 pessoas, o espaço é insuficiente. Está em construção uma nova unidade próxima à unidade atual.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Há três grupos operativos: antitabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) e o de gestante. Porém, a adesão da população aos grupos costuma ser baixa, por mais que a equipe convidasse e utilizasse técnicas mais dinâmicas.

O quadro de funcionários é composto por: dois médicos, seis agentes de saúde, uma equipe de saúde bucal e uma enfermeira para toda essa região, além de uma auxiliar de limpeza, três técnicas de enfermagem e uma auxiliar administrativa. O número de visitas domiciliares por agentes, consultas de enfermagem e médicas cumprem o número mínimo preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde. A cobertura vacinal é próxima de 100%. As metas de pré-natal e puericultura não conseguiam ser atingidas, enquanto que as de controle de diabéticos e hipertensos ultrapassavam as metas, sendo um possível reflexo da quantidade de idosos da região. Além disso, a população da área de abrangência realiza pré-natal e

puericultura na rede privada em detrimento de fazê-lo na unidade. A equipe tem explicado à população que um atendimento não exclui outro e as metas começaram a ser atingidas.

Quando o autor iniciou seu trabalho na unidade, em março de 2016, as prescrições de medicações contínuas e de psicotrópicos não eram feitas presencialmente, sendo que as agentes de saúde entregavam as receitas renovadas à população. Concomitantemente, o consumo de benzodiazepínicos se mostrou bem acentuado, sendo em torno de 200 receitas mensais para toda a área de abrangência da unidade do ESF, além do fato de que muitos usuários usam esse tipo de medicação por anos.

Os benzodiazepínicos (BZDP) são drogas utilizadas principalmente como hipnóticos e ansiolíticos, atuando no sistema inibitório do ácido-gama-amino-butírico (GABA) e na indução do sono não REM (movimento não rápido dos olhos). Atualmente, os BZDP são indicados em casos de ansiedade ou transtornos associados e dificuldade de iniciar o sono não REM (COELHO et al, 2006). Seu uso tornou-se crescente mundialmente nas últimas décadas, sendo que 10 % dos adultos já tiveram contato com o medicamento a cada ano, com maior prevalência entre as mulheres acima de 50 anos, indivíduos com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os BZDP podem ser divididos de acordo com sua permanência na corrente sanguínea até que metade da quantidade absorvida seja eliminada (meia-vida). Há aqueles de meia-vida curta (midazolam), intermediária (lorazepam, alprazolam) ou longa (clonazepam, diazepam). O ritmo estressante de vida ocidental e a menor resiliência para lidar com frustrações, associado com uma pressão da indústria farmacêutica e a prescrição inadequada por médicos, criou um ambiente propício ao aumento do seu uso; muitas vezes, sem indicação e de forma indiscriminada (AUCHEWSKI et al, 2004; ORLANDI, NOTO, 2005).

Os riscos do uso indevido de BZDP são relacionados aos seus efeitos adversos, que em sua maioria relacionam-se com depressão do sistema nervoso central. Dentre eles, os principais são: sonolência excessiva diurna (“ressaca”); piora da coordenação motora fina e da memória (amnésia anterógrada); tontura e zumbidos; quedas e fraturas; e risco de dependência (COELHO et al, 2006; NASTASY, RIBEIRO, MARQUES, 2002).

Frente a esses efeitos colaterais que podem surgir, a prescrição desses medicamentos deve ser racional e feita em condições apropriadas, com

monitoramento cuidadoso e priorizando o vínculo médico-paciente. Em relação aos usuários do medicamento, é comum a sensação de abstinência quando se interrompe seu uso. Devido a isso, o paciente deve ser orientado que a droga deve ser retirada de forma gradual, girando em torno de seis a oito semanas, sendo que 50% da dosagem pode ser diminuída em duas a três semanas. Um bom sucesso terapêutico envolve a discussão desses prazos com o paciente, assim como medidas não farmacológicas e uma abordagem integral. É fundamental um acompanhamento psicológico durante e após o processo de desmame para ensiná-lo técnicas de superar a dependência (ANDRADE, ANDRADE, SANTOS, 2004; NASTASY, RIBEIRO, MARQUES, 2008).

Diante da realidade encontrada na unidade, os dois médicos da unidade conversaram com a equipe e, com apoio da enfermeira, transformaram a renovação de receita em presencial, exceto para pessoas acamadas ou que trabalham durante o funcionamento da unidade. Nesses casos, aceitou-se a renovação pela agente, acompanhante ou durante visita domiciliar. Durante a renovação, os médicos verificam se os exames periódicos para diabéticos e hipertensos estão atualizados de acordo com o risco de classificação em que se enquadram. Esse tipo de consulta também possibilita a abordagem do uso de psicotrópicos, como os BZDP, englobando o tempo de uso, efeitos adversos e contexto psicossocial do paciente.

O uso indiscriminado de BZDP é algo recorrente na atenção primária e deve ser combatido, devido aos malefícios quando seu uso é crônico e sem indicação clínica. Para tal, faz-se necessário uma intervenção multidisciplinar, em que o paciente seja avaliado de acordo com uma perspectiva de saúde integral e que se pautem no bem-estar psicossocial do indivíduo.

2 JUSTIFICATIVA

Contabilizando as receitas azuis, específicas para ansiolíticos da classe dos benzodiazepínicos (BZDP), ressalta-se uma média de 200 receitas por mês no PSF Dom Bosco. A utilização dessas drogas, muitas vezes, não tem indicação ou são usadas por tempo muito prolongado (mais de 4 a 6 semanas). Sem contabilizar os usuários que renovam receitas no serviço suplementar ou em clínicas particulares ou no CERSAM da cidade. Considerando os efeitos adversos do BZDP e a quantidade dos mesmos prescritos na unidade do ESF Dom Bosco, em Pará de Minas, faz-se necessária uma abordagem multidisciplinar, educativa e individualizada em relação ao seu uso.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral: elaborar um plano de intervenção para diminuir o uso de benzodiazepínicos na área de abrangência da unidade do ESF Dom Bosco, em Pará de Minas, Minas Gerais.

Objetivos específicos:

- Realizar treinamento da equipe multidisciplinar sobre os efeitos dos BZDP;
- Conscientizar a população sobre a importância de avaliação sobre o uso continuando BZDP, evitando novos usuários dessas drogas sem indicação para utilizá-las e estimulando que usuários crônicos repensem seu uso;
- Criar materiais informativos e atrativos sobre o tema em questão sobre o uso de BZDP;
- Avaliar os pacientes que utilizam os BZDP e propor o desmane do mesmo.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 História e farmacologia dos benzodiazepínicos

O primeiro BZDP foi descoberto na década de 60, sendo amplamente prescritos no tratamento dos transtornos ansiosos durante toda a década de setenta, como uma opção segura e de baixa toxicidade. Contudo, no início dos anos 80, demonstrou-se que metade dos usuários crônicos evoluíam com síndrome de abstinência e sua prescrição começou a ser feita com precaução maior. Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário desses medicamentos, atualmente. A maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos (LARANJEIRA, 1995; NASTASY, RIBEIRO, MARQUES, 2008).

Os BZDP são lipossolúveis, tendo uma absorção completa e penetração rápida no sistema nervoso central. Agem através de sua ligação a um sítio regulador específico sobre o receptor GABA_A potencializando, assim, o efeito inibitório do GABA, o principal neurotransmissor inibitório do cérebro e afetando principalmente o sistema límbico. Sua metabolização é hepática e são eliminados como glicuronídeo na urina. A duração da ação no organismo divide os benzodiazepínicos em: longa ação, como o diazepam; média ação, como clonazepam; e curta ação como midazolam. Aqueles com curta ação são mais utilizados como hipnóticos, enquanto, aqueles com ação mais longa são utilizados como ansiolíticos e anticonvulsivante (RANG et al, 2011).

4.2 Indicações e utilização

Os BZDP são utilizados para o tratamento agudo e subagudo de ansiedade, transtornos de insônia e crises convulsivas, sendo utilizados para transtornos psiquiátricos no passado (PEREIRA, 2013; RANG, 2011).

A ansiedade e a insônia são situações comuns na vida das pessoas, podendo ser manifestações comuns das pressões do cotidiano. A ansiedade é uma resposta normal às sensações de medo diante de um perigo real ou a frustrações, como perda de ente querido, perda de posição social ou de um emprego e insucessos. O quadro clínico se manifesta com os seguintes sintomas: tensão, aperto no peito,

preocupação excessiva, sudorese excessiva, palpitações, medos infundados. Dependendo da intensidade, dos sofrimentos que provocam, da interferência nas atividades diárias ou do sono, caracteriza-se como patológica ou normal (PEREIRA, 2013). Em relação à insônia, é necessário estabelecer para o paciente; principalmente, idosos; o que seria um sono adequado, pois a duração do mesmo pode ser menor que oito horas ou o paciente apresentar latência inicial e o sono ser restaurador (CHAIMOWICZ, 2013).

Os BZDP são indicados em casos de transtornos de ansiedade agudos, sendo contraindicados em casos crônicos. Quando o quadro se cronifica ou apresenta piora, devem ser substituídos por antidepressivos com efeitos ansiolíticos, medicamentos com menos efeitos adversos e menor índice de dependência (CHAIMOWICZ, 2013; PEREIRA, 2013). O uso de BZDP é comumente banalizado por médicos e usado como saída para casos de ansiedade. Essa prática aumenta os riscos de dependência e abuso no futuro (PEREIRA, 2013).

Em relação à insônia, deve-se priorizar medidas não farmacológicas, priorizando a higiene do sono, como exercícios, acupuntura e outros métodos de medicina alternativa. Caso se necessite de medicação, há outras medicações não-benzodiazepínicos, como imidazopiridinas e alguns antidepressivos, que possuem menos efeitos adversos e menor risco de dependência (BACELAR, PINTO Jr, 2013).

Mattioni (2005) relata que a prevalência do uso de BZDP na faixa etária entre 19 a 65 anos é aproximadamente 10%, sendo que cerca de 19% da população mundial já teve contato com o medicamento. O uso é mais comum em mulheres com idade média de 38 a 60 anos e, conforme a idade aumenta, a utilização também é maior (NORDON, HUBNER, 2009).

Nordon e Hubner (2009) afirmam que o clínico geral é o primeiro a receber queixas psicossociais por parte dos pacientes e, se nesse momento, inicia um tratamento indevido com BZDP pode desencadear um círculo vicioso em relação ao medicamento que pode durar por anos. No âmbito da atenção primária, o uso indevido dos BZDP é um problema sério enfrentado por profissionais de saúde desse nível de atenção, envolvendo o paciente e sua família, além do médico que prescreve o medicamento. Essas drogas são bastante difundidas, devido ao fato de serem disponibilizadas pelo serviço público e à tendência de medicalização excessiva e dos eventos de vida na sociedade contemporânea. Somado a isso, o

médico generalista ou de saúde da família encontra dificuldade em “dizer não”, quando lhe solicitam a prescrição de BZDP (BERNIK, 1999; BASQUEROTE, 2012).

Na literatura, há divergências quanto ao tempo determinado para se considerar uso crônico do medicamento ou período ideal para casos em que há indicação, como casos agudos de ansiedade (ASHTON, 2005; BASQUEROTE, 2012; DONOGHEUE, LADER, TYLEE, 2009). O autor do presente estudo considerou o período de quatro a seis semanas como tempo ideal de tratamento com BZDP, sendo qualquer uso mais prolongado estabelecido como uso crônico.

4.3 Reações adversas

Os principais efeitos adversos foram citados na introdução, sendo detalhados nos tópicos a seguir:

- Diminuição da atividade psicomotora e cognitiva, especialmente em idosos. Seu uso aumenta as chances de queda fraturas nessa faixa etária além de possuir interações medicamentosas que potencializam a depressão do SNC (COELHO et al, 2006; NASTASY, RIBEIRO, MARQUES, 2008);
- Prejuízo na memória: em especial, a memória anterógrada. Um estudo recente de Quebec, Canadá, demonstrou a potencialização de risco de Alzheimer pelo uso indiscriminado de BZDP (SOPHIE et al., 2014);
- Sonolência excessiva diurna, que, em conjunto com a alteração da coordenação motora fina, aumenta o risco de acidentes automobilísticos e de trabalho (NASTASY, RIBEIRO, MARQUES, 2008);
- Embotamento afetivo, causando uma indiferença afetiva em relação a eventos de vida e interações sociais (COELHO et al, 2006; NASTASY, RIBEIRO, MARQUES, 2008);
- Reação paradoxal: Consiste de excitação, agressividade e desinibição. É mais frequente em crianças, idosos e em deficientes mentais (NASTASY, RIBEIRO, MARQUES, 2008);
- Maior risco de interação medicamentosa em idosos (COELHO et al, 2006; NASTASY, RIBEIRO, MARQUES, 2008);
- A tolerância e dependência. O risco de dependência é considerável, pois cerca de metade dos usuários que utilizaram os BZDP por mais de um ano

chegaram a continuar seu uso por cinco a dez anos. Por isso, é fundamental que o médico prescreva a droga em dosagens mínimas e por períodos de tratamentos curtos. Caso contrário, a tolerância pode ocorrer e o paciente sentir redução dos efeitos do medicamento em longo prazo (COELHO et al, 2006; NASTASY, RIBEIRO, MARQUES, 2008).

Considerando a quantidade e gravidade dos efeitos adversos desses medicamentos, seu uso é contraindicado em idoso assim como em períodos superiores a quatro a seis semanas. Os esforços para interromper o uso de BZDP, entretanto, permanecem abaixo do ideal. Assim, é fundamental uma abordagem junto ao paciente e família para verificar se existem outros fatores e iniciar a educação em saúde para que uma retirada gradual da medicação (HALME et al, 2013; NORDON, HUBNER, 2009).

4.4 Desmame e síndrome de abstinência

A abstinência causa novos sintomas seguintes à descontinuação ou redução dos BZDP, diferente daqueles que ele apresentava anteriormente ao uso da medicação. Sendo assim, ela deve ser diferenciada dos sintomas de rebote, que se caracterizam pelo retorno dos sintomas originais, com possibilidade de intensidade maior. A abstinência, propriamente dita, começa progressivamente dentro de dois a três dias após a parada de BZDP de meia-vida curta e de cinco a dez dias para aqueles de meia-vida longa, podendo também ocorrer após a diminuição da dose (NASTASY, RIBEIRO, MARQUES, 2002; ANDRADE, ANDRADE, SANTOS, 2004; PEREIRA, 2013).

O paciente pode apresentar os sintomas apresentados na Tabela 1:

Tabela 1 - Sintomas de abstinência com a retirada dos benzodiazepínicos.

Sintomas menores		Sintomas maiores
Físicos	Psíquicos	
Tremores	Insônia	Convulsões
Sudorese	Irritação	Alucinações
Palpitações	Agitação e inquietação	Delirium
Letargia	Disforia	
Náuseas e vômitos	Prejuízo da memória	
Anorexia	Pesadelos	
Cefaleia	Dificuldade de concentração	

Fonte: Adaptado de NASTASY, RIBEIRO, MARQUES, 2002.

A melhor forma de se realizar o desmame é a retirada gradual da medicação, porque apresenta menor quantidade de sintomas, maior chance de sucesso, baixo custo e de fácil execução. A redução em si não é um consenso entre os médicos. Alguns reduzem um quarto da dose a cada semana, enquanto que outros negociam um prazo dentro de seis a oito semanas com o paciente. Nessa última opção, percebe-se que os 50% iniciais da dosagem diminuídos são bem aceitos pelo usuário, porém, o restante da dosagem e o conseqüente desmame completo costuma requerer um tempo maior para o sucesso da interrupção da medicação. Uma outra alternativa é mudar a apresentação do BZDP, como clonazepam líquido, e reduzir uma gota por semana até cessar o uso por completo (NASTASY, RIBEIRO, MARQUES, 2002).

Outra estratégia eficiente é utilizar um antidepressivo com ação ansiolítica e efeito sedativo, antes de iniciar o período de desmame do BZDP. A escolha do antidepressivo deve considerar suas características e efeitos adversos. Para idosos com incontinência urinária, a nortriptilina seria uma boa opção, pois auxilia na instabilidade do detrusor. A bupopriona pode ser utilizada em fumantes. A mirtazapina e paroxetina aumentam o sono e poderiam ser utilizadas à noite e nos casos de insônia (CHAIMOWICZ, 2013; PEREIRA, 2013).

5 METODOLOGIA

O presente trabalho pretende abordar práticas educativas sobre o uso de benzodiazepínicos no ESF Dom Bosco em Pará de Minas.

O projeto de intervenção foi definido após uma técnica de estimativa rápida levantada pelo autor a partir do diagnóstico situacional da unidade de saúde em questão (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). A lista dos principais problemas se encontra no Quadro 1, sendo classificados de acordo a importância do problema, sua urgência, a capacidade de enfrentamento (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

“Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Unidade do Programa de Saúde de Família Dom Bosco, município de Pará de Minas, estado de Minas Gerais”

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Uso excessivo de psicotrópicos, em especial ansiolíticos, principalmente benzodiazepínicos.	Alta	7	Total	1
Pouca adesão aos grupos de HAS, DM e tabagismo, assim como pouco autocuidado dos usuários com essas comorbidades.	Alta	5	Total	2
Ausência de espaços de lazer na comunidade.	Média	5	Parcial	3
Demanda reprimida por consultas com alguns especialistas e ausência de alguns especialistas na rede de atenção.	Alta	7	Fora	4
Demora no resultado de exames ou ausência de prestadores de determinado exame na cidade.	Média	4	Fora	5
Alta taxa de crianças fora da escola.	Problema enviesado pelo preenchimento incompleto das fichas das agentes de saúde, causando um problema irreal. O autor conversou com os agentes e constatou que esse problema não condizia com a realidade			

Fonte: Adaptado de CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010)

A escolha do nó crítico a se intervir levou em consideração aquele que deveria ter uma abordagem imediata e a viabilidade de realizar algum projeto eficiente. Nesse caso, priorizou-se um problema de saúde que não foi abordado anteriormente e que possuía riscos para a população idosa, que gira em torno de 15% do total de pessoas e está relacionada à maior morbidade dos efeitos adversos dos BZDP, como quedas, fraturas e amnésia anterógrada (ALVARENGA et al, 2015; CHAIMOWICZ, 2013).

O projeto de intervenção será feito por meio de três operações básicas:

1. Grupos de apoio com duas reuniões bimestrais para usuários de BZDP, que desejam informações para interromper o uso e sensibilizá-los quanto ao desmame. Pretende-se também trocar dicas e informações para aqueles que estão em fase de desmame e precisam de ajuda psicossocial para esse processo, alertando para a possibilidade de retorno de sintomas prévios ou de síndrome de abstinência. O grupo será gerenciado por uma equipe multidisciplinar, com a participação da psicóloga do NASF, agentes de saúde, enfermeira, dois médicos (incluindo o autor) e técnicas de enfermagem. A diretriz do grupo é fazer uma roda de conversa com trocas de saberes, sem hierarquização do conhecimento, permitindo a fala de todos e evitando a monopolização do discurso (GRILLO, SOARES, 2013). A intenção é utilizar técnicas que o tornem dinâmico e possibilite a percepção do usuário como protagonista de seu bem-estar e de sua saúde. O convite à população será feito por todos os funcionários da unidade e o espaço físico será o espaço de reuniões no primeiro andar do PSF. Por fim, a evolução e os participantes das reuniões vão determinar o foco principal em cada uma delas;
2. Cartazes lúdicos e folhetos anexos nas receitas dos BZDP, alertando efeitos adversos desses medicamentos. Serão confeccionados dois cartazes e anexados na entrada da unidade, onde os pacientes aguardam para consultas, vacinas e procedimentos. O primeiro cartaz (figura 1 do apêndice) conterá figuras com efeitos adversos dos BZDP e uma interligação deles com um círculo central com o nome dos medicamentos, além dos dizeres “Quer interromper seu uso? Sabia que não se pode interromper de uma vez? Converse com o médico”. O segundo cartaz (figura 2 do apêndice) conterá medidas de higiene do sono, como não fazer uso de cafeína, relaxamento antes de dormir, retirar televisão ou outros aparelhos que gerem estímulos

audiovisuais (BACELAR, PINTO Jr., 2013). Somado a isso, as receitas dos BZDP serão feitas com o anexo de uma lista de efeitos adversos que o medicamento pode causar (figura 3 do apêndice). A principal intenção desses materiais é sensibilizar o paciente e criar um alicerce para uma consciência sobre o uso dos BZDP de forma racional. Serão necessárias cartolinas, folhas A4, canetas, figuras e vocábulos impressos, fita adesiva e cola. Todos esses materiais serão custeados pelo autor;

3. Orientação aos pacientes durante a renovação de receitas quanto aos efeitos adversos dos BZDP e qual a melhor estratégia e prazos para interromper seu uso. Se o paciente estiver de acordo com o desmame, nesse momento, será estabelecida quais medidas, associadas ou não, serão mais eficazes para ele: diminuição gradual do BZDP; substituição por imidazopiridina (casos de insônia); utilização de antidepressivos sedativos ou ansiolíticos; uso de fitoterápico, como Valeriana; incentivo a prática de atividades físicas. Cada paciente irá ter um plano terapêutico baseado em seus valores e realidade financeira e biopsicossocial. Assim como, nesse momento serão detalhados possíveis efeitos da síndrome de abstinência ou retorno dos sintomas prévios ao uso de BZDP pelo indivíduo.

Essas medidas são descritas nos quadros 2, 3 e 4 no tópico proposta de intervenção, em que são desenvolvidas as etapas do planejamento de acordo com modelo adaptado de Campos, Faria e Santos (2010). A abordagem aos pacientes será alicerçada na autonomia deles, sendo que a intenção de interromper o medicamento deverá ser uma decisão individual e sem imposições, desde que o paciente seja informado e esteja ciente dos malefícios do uso prolongado dessas drogas.

Todos esses projetos serão discutidos com os membros da equipe a fim de que o projeto seja uma construção do grupo, considerando a questão de viabilidade e “governabilidade” de um projeto (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). O projeto deve que ser uma construção coletiva para ser eficaz, já que adesão dos usuários é influenciada pela adesão da equipe também. Serão informados os efeitos adversos e formas de interromper a medicação aos agentes e técnicos de enfermagem. Suas sugestões para o direcionamento dos grupos serão acolhidas.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

“Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de informação dos usuários sobre efeitos adversos dos BZDP”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco, em Pará de Minas, Minas Gerais”

Nó crítico 1	Falta de informação dos usuários sobre efeitos adversos dos BZDP.
Operação	Cartazes e folhetos orientando sobre os malefícios do uso de medicamentos BZDP de forma prolongada.
Projeto	Cartazes lúdicos serão pregados na entrada do ESF, de forma que sejam bem visualizados. Folhetos com o mesmo conteúdo serão grampeados nas receitas de BZDP. Eles conterão mensagens sobre efeitos adversos comprovados do uso desses medicamentos.
Resultados esperados	Criar uma consciência na população sobre os riscos que esses medicamentos causam, como um tipo de estado semelhante de pré-contemplação no tabagismo. Diminuir o uso de BZDP da população da área de abrangência de forma geral.
Produtos esperados	Equipe e população mais conscientes sobre o uso irracional dos ansiolíticos, em específico BZDP, além dos cartazes, que serão patrimônio da unidade.
Atores sociais/ responsabilidades	1- Equipe de saúde: ajudar na coordenação e realização. 2- Secretaria Municipal de Saúde: suporte logístico. 3- População: considerando os usuários são o foco das ações, a participação da população torna-se essencial para eficiência do projeto.
Recursos necessários	Estrutural: um espaço de divulgação dos cartazes que o coloque em evidência, papel para folhetos e impressora. Cognitivo: informações na literatura sobre efeitos danosos dos BZDP comprovados em estudos clínicos Financeiro: custos com cartazes, tintas de impressora e folhetos. Político: apoio da equipe
Recursos críticos	Falta de atenção ou desinteresse pelos cartazes ou folhetos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: população Motivação: fazer cartazes chamativos e bem lúdicos
Ação estratégica de motivação	Equipe de saúde e secretaria de saúde: melhorar indicadores de saúde
Responsáveis:	Autor e equipe de saúde.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão será feita pelo autor e pela equipe. Como se trata de algo subjetivo, não há como avaliar esta questão.

Fonte: Adaptado de CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010)

“Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Atenção fragilizada ao paciente, com uso irracional de BZDP ou com indicação precipitada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco, em Pará de Minas, Minas Gerais”

Nó crítico 2	Atenção fragilizada ao paciente, com uso irracional de BZDP ou com indicação precipitada causando dependência.
Operação	Abordagem desse uso durante consultas, principalmente durante renovação de receitas, promovendo desmame dos usuários.
Projeto	Abordar com os pacientes o porquê do uso desses medicamentos e avaliar, em conjunto com ele e prevalecendo sua autonomia, se há necessidade de ainda utilizá-lo. Em suma, utilizar uma atenção médica integrada, que contextualize todos os fatores psicossocial dos pacientes.
Resultados esperados	O paciente criar uma consciência sobre o “porquê” de utilizar tal medicamento e estimular a psicoterapia. Tentar diminuir a medicalização de todos os problemas emocionais.
Produtos esperados	Equipe e população mais conscientes sobre o uso irracional dos ansiolíticos, em específico BZDP. Desmame de BZDP de pacientes que o utilizam por tempo maior que o necessário ou desnecessariamente.
Atores sociais/ responsabilidades	1- Médicos: abordagem integral e respeitar a autonomia dos pacientes. 2- População: considerando que os usuários são o foco das ações, a participação da população torna-se essencial para viabilidade e eficiência do projeto de intervenção.
Recursos necessários	Estrutural: sala de consulta médica. Cognitivo: informações na literatura sobre efeitos danosos dos BZDP comprovados em estudos clínicos e pesquisa de técnicas de abordagem em grupos de apoio ou nos casos de desmame desses medicamentos. Financeiro: embutido no salário do autor. Político: vontade da equipe e do médico.
Recursos críticos	Falta de adesão dos usuários, dependentes dos BZDP de longa data.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: equipe e população. Motivação: melhorar a atenção à saúde para os médicos. Quanto à população, sua motivação é melhorar a própria saúde.
Ação estratégica de motivação	População: explicar de forma clara que essas medidas são importantes para evitar morbidade mais elevada à longo prazo.
Responsáveis:	Autor e equipe de saúde.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestão será feita pelo autor e a outra médica do ESF. Ela será avaliada pela experiência clínica de ambos profissionais.

Fonte: Adaptado de CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010)

“Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Dependência e latência em usuários do BZDP”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco em Pará de Minas, Minas Gerais”

Nó crítico 3	Dependência e latência em pacientes que desejam interromper o uso ou utilizam BZDP.
Operação	Grupos de apoio multidisciplinar e com ajuda do NASF para pacientes que utilizam ou desejam interromper o uso de BZDP.
Projeto	Grupos de apoio com pacientes que usam esses medicamentos para se discutir seus malefícios e técnicas relacionadas ao seu desmame. Exemplo: técnicas para dormir sem uso de medicamentos para a insônia. As reuniões ocorrerão na unidade e serão mensais.
Resultados esperados	Diminuir o uso de BZDP da população da área de abrangência de forma geral.
Produtos esperados	Equipe e população mais conscientes sobre o uso irracional dos ansiolíticos, em específico BZDP, assim como uma cultura de frequentar grupos de apoio, já que a adesão aos grupos existentes é baixa.
Atores sociais/ responsabilidades	1- Equipe de saúde: ajudar na coordenação e realização das três propostas de intervenção. 2- Psicóloga do Núcleo de Apoio a Atenção Primária (NASF) e farmacêutica: ajudar nas reuniões condução dos grupos de apoio. 3- População: a participação da população torna-se essencial para viabilidade e eficiência do projeto de intervenção.
Recursos necessários	Estrutural: sala de reunião para as reuniões dos grupos. Cognitivo: informações na literatura sobre efeitos danosos dos BZDP comprovados em estudos clínicos e pesquisa de técnicas de grupo, para que o mesmo expresse os efeitos dos BZDP.
Recursos críticos	Organizacional: escolher um dia para os grupos que todos os membros da equipe disciplinar estejam disponíveis para participarem e organizar o espaço com cadeiras. Mobilização social: promover a participação da população. Interarticulação entre diferentes profissionais do NASF e da equipe de saúde: o plano envolve diferentes membros da equipe, sendo difícil a coincidência de horários.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: equipe do NASF e equipe do PSF. Motivação: melhorar indicadores de saúde e condições de saúde da população. Diminuir custo com medicamentos.
Ação estratégica de motivação	Tornar o grupo didático, mas dinâmico. Criar um ambiente agradável com elementos lúdicos e que possibilite a troca de experiências.
Responsáveis:	Equipe do PSF e do NASF.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A equipe do NASF e do PSF vão gerir e acompanhar a proposta.

Fonte: Adaptado de CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010)

O cronograma das intervenções propostas é descrito a seguir, no quadro 5:

“Quadro 5 – Planejamento cronológico das operações”

JUNHO	<p>Confecção dos cartazes informando os malefícios do uso de BZDP e medidas de higiene do sono sobre conscientização das pessoas. Cartazes confeccionados pelo autor com ajuda da equipe</p> <p>Aquisição de conhecimento científico para elaboração dos grupos e técnicas para serem utilizadas na abordagem dos usuários em artigos científicos e materiais disponibilizados pelo curso à distância no NESCON/UFMG.</p>
JULHO	Expor os cartazes na recepção.
AGOSTO	Convite para primeira reunião da equipe com os usuários de BZDP
SETEMBRO	<p>Realização da primeira reunião com a diretriz de propiciar informações para interromper o uso dos BZDP e sensibilizá-los quanto ao desmame, além de repassar informações sobre a síndrome de abstinência.</p> <p>Dar suporte para as dificuldades enfrentadas pelos pacientes no processo de desmame da medicação.</p> <p>Reunião com a equipe para estabelecer quando ocorrerá a segunda reunião.</p>
<p>Desde meados de Maio, os dois médicos do PSF estão renovando receitas com os pacientes e abordando a questão do uso de psicotrópicos, conforme a medida de operação do nó crítico 2 do quadro 3.</p>	

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prescrição de BZDP encontra-se banalizada mundialmente e essa também é a realidade encontrada na unidade dom Bosco em Pará de Minas, sendo que há usuários da ESF que fazem uso dessas drogas há anos. Esse projeto de intervenção visa reduzir a utilização de BZDP à médio e longo prazo através da educação para saúde. Espera-se que os pacientes sejam conscientizados sobre os malefícios dos BZDP como indicação incorreta ou uso por tempo prolongado, em um estado semelhante à fase de pré-contemplação do tabagismo. Enfatiza-se que os usuários da região terão sua autonomia respeitada e que, apesar de várias medidas para informá-lo de forma intensa (cartazes, folhetos com as prescrições, grupos de apoio e conversa durante as renovações) sobre uso adequado, a decisão de interromper a utilização é integralmente do paciente. Além disso, cada paciente será avaliado integralmente e de forma individualizada, considerando seu contexto psicossocial e alternativas terapêuticas com as quais o paciente tenha adesão. A equipe da UBS Dom Bosco pactuou de evitar a prescrição de BZDP para usuários que não os usavam, exceto em casos que realmente há indicação, por um período curto de utilização e com informação sobre o tempo de uso adequado.

Espera-se que essa proposta venha modificar o perfil dos usuários dos BZDP e que a redução do mesmo ocorra gradativamente. Após um ano essa proposta será avaliada através da verificação do número de pacientes que estão em uso de BZDP por meio do número de medicação dispensada pela farmácia do ESF.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, J.M.; et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.249-258, 2015.
- ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 471-479, 2004.
- ASHTON, H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*. v.18, p.249-255, 2005.
- AUCHEWSKI, L.; et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, n. 26, p. 24-31, 2004.
- BACELAR, A.; PINTO Jr., L.R. Insônia do diagnóstico ao tratamento. III Consenso Brasileiro de Insônia. São Paulo: Omnifarma, 2013.
- BASQUEROTE, M. Benzodiazepínicos: causas para o uso e consequência na vida da população. Especialização em saúde da família – Modalidade à distância. Resumo dos trabalhos de conclusão de curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.
- BERNIK, M.A. *Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência*. São Paulo: EDUSP, 1999.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 05 maio de 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. Implantação das estratégias em saúde da família de janeiro a fevereiro de 2016. Brasília 2016. Disponível em <dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em 23 de set. de 2016.
- CAMPOS, C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_e_2/3>. Acesso em: 05 maio de 2016.
- CHAIMOWICZ, F. *Saúde do Idoso*. 2. Ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013.
- CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 05 maio 2016.
- COELHO, F.M.S; et al. Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina*, vol. 63, n. 5, p. 196-200, 2006.
- FARIA, H.P.; et al. *Modelo assistencial e atenção básica em saúde*. 2ª ed. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, COOPMED, 2010.
- GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. *O trabalho em grupo*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013.
- HALME, A.S.; et al. Uncovering the source of new benzodiazepine prescriptions in community-dwelling older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 28, n. 3, p. 248-255, 2013.

LADER, M.; TYLEE, A., DONOGHEUE, J. Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS Drugs*, 2009.

LARANJEIRA, R. O uso racional de benzodiazepínicos. *Jornal da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, p. 5, 1995.

MATTIONI, L.T. et al. Prevalência do uso de benzodiazepínico por uma população assistida por programa de saúde da família. *Revista contexto e saúde*, v.5, 2005.

NASTASY, H.; RIBEIRO M.; MARQUES A.C.P.R. Diretriz: Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos, Associação Brasileira de Psiquiatria. 2002. Disponível em <http://www.fmb.unesp.br/Home/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiquiatria/ViverBem/Consenso_benzodiazepinicos.pdf> Acesso em 18 de set. de 2016.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A.C.P.R. Abuso e dependência dos Benzodiazepínicos; Projeto Diretrizes – AMB e CFM (13 Fev. 2008).

ORLANDI, P.; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, n. 13, p. 896-902, 2005.

PARÁ DE MINAS. Secretaria de Saúde de Pará de Minas. Relatório de gestão período de janeiro a dezembro de 2015 (impresso).

PEREIRA, A.A. et al. *Saúde Mental*. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013.

PNUD; IPEA; FJP. *Atlas Brasil 2013*. 2013. Disponível em: <www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 09 maio de 2014.

PORTAL ODM. Educação básica de qualidade para todos. Arquivado desde o original em 8 de maio de 2014. Disponível em: <<http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portalodm/2-educacao-basica-de-qualidade-para-todos/BRA003031551/para-de-minas---mg>>. Acesso em: 8 de maio de 2016.

RANG, H.P. et al. *Farmacologia*. 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

ROSA, W.A.G.; LABATE R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov-dez 2005.

SEGRE, M.; FERRAZ, FC. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, oct. 1997.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). Secretaria de Saúde de Pará de Minas/MG. Relatório Consolidado da Equipe. Dezembro de 2015 (impresso).

SOPHIE, B.G. et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *The British Medical Journal (BMJ)*, v.349, n. 5205, 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g5205>> Acesso em 30 de set. de 2016

APÊNDICE

Figura 1 - Orientações sobre reações adversas dos benzodiazepínicos e convite a sua retirada

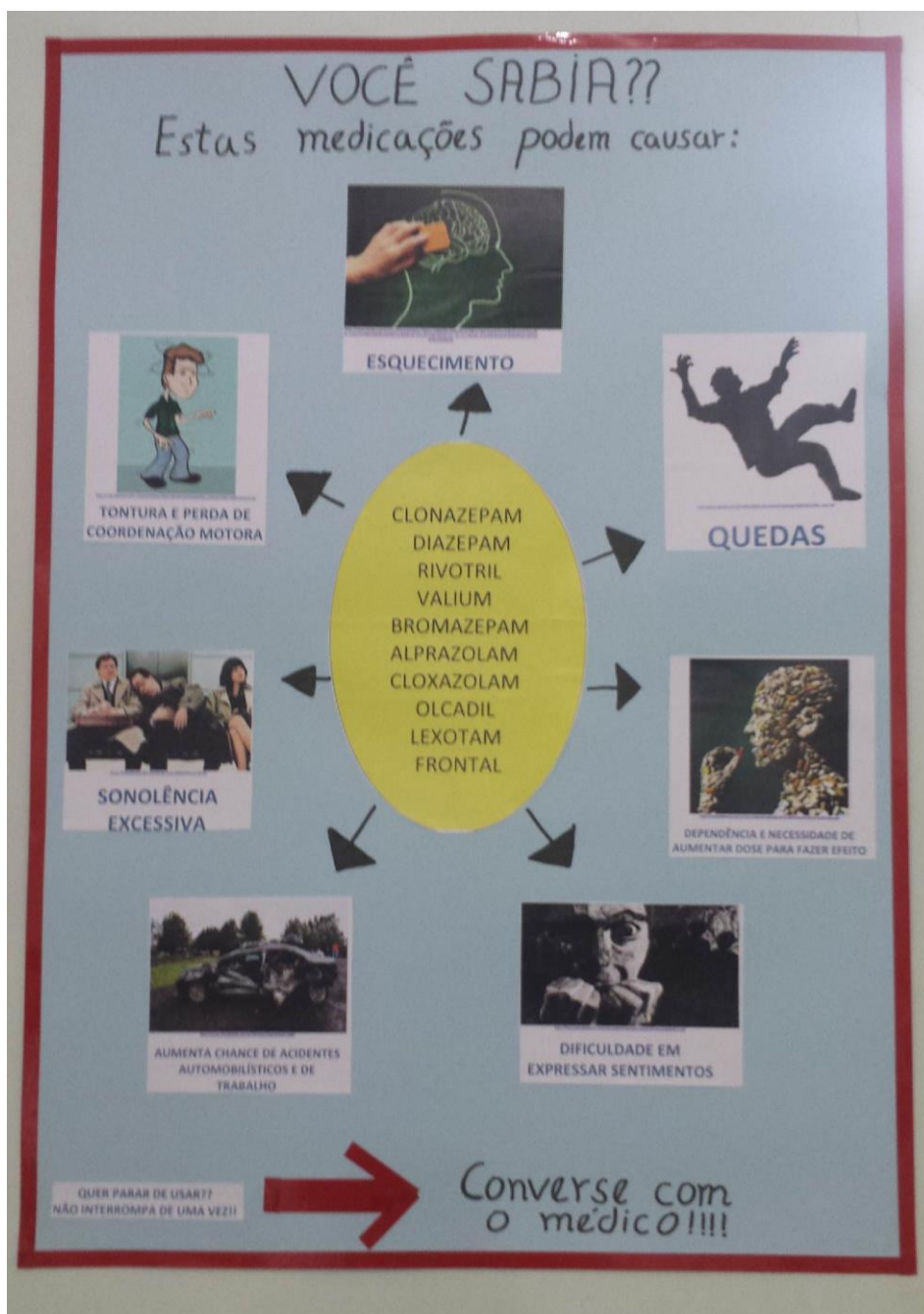


Figura 2 - Dicas de higiene do sono

DICAS PARA DORMIR BEM



FAZER ATIVIDADE FÍSICA REGULAR E, PELO MENOS, ATÉ 6 HORAS ANTES DE DORMIR



DESLIGAR TELEVISÃO, SOM, COMPUTADOR E TELEFONES



TOMAR UM BANHO MORNHO 2 HORAS ANTES DE DORMIR



DORMIR EM UMA CAMA CONFORTÁVEL E EM UM AMBIENTE SEM ILUMINAÇÃO EXCESSIVA



PRATICAR ATIVIDADES RELAXANTES PRÓXIMAS AO HORÁRIO DE SONO: LER, PINTAR, BORDAR, ESCUTAR BOA MÚSICA



EVITAR AGENTES ESTIMULANTES COM CAFEÍNA (CAFÉ, CHÁ, CHOCOLATE, REFRIGERANTES E NICOTINA)

Seguindo essas dicas, você pode dormir bem sem precisar de medicação!!



EVITAR DORMIR MAIS DE 1 HORA NO PERÍODO DA TARDE



EVITAR REFEIÇÕES PESADAS E EXCESSO DE LÍQUIDOS ANTES DE DEITAR



NÃO "RUMINAR" AS PREOCUPAÇÕES NA HORA DE DORMIR

BONS SONHOS !!!!

Figura 3 - Lista de efeitos adversos que segue em anexo com a receita dos benzodiazepínicos

ESTE MEDICAMENTO PODE CAUSAR:

- Tontura (hipotensão)
- Quedas
- Aumento da chance de acidentes
- Sono excessivo
- Dificuldade de expressar sentimentos (embotamento afetivo)
- Diminuição da coordenação motora
- Esquecimento (amnésia anterógrada)
- Dependência
- Necessidade de aumentar a dose para fazer efeito (latência)

QUER PARAR??

NÃO FAÇA ISSO DE UMA VEZ!!

CONVERSE COM O MÉDICO!!