UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Alexandra Castro Goetze

Conscientização sobre o uso crônico de benzodiazepínicos

Florianópolis, Março de 2016

Alexandra Castro Goetze

Conscientização sobre o uso crônico de benzodiazepínicos

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Carolina Carvalho Bolsoni
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Alexandra Castro Goetze

Conscientização sobre o uso crônico de benzodiazepínicos

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de "Especialista na atenção básica", e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Carolina Carvalho Bolsoni
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais prescritos no Brasil e no mundo. Estima-se que 50 milhões de brasileiros utilizam essa droga, e que 50% dos medicamentos psicotrópicas prescritos são BDZ. Na década de 70 foram muito utilizados por suposta ausência de efeitos colaterais. Hoje observa-se a grande prevalência de usuários crônicos e com isso, altas taxas de dependência, tolerância, abuso, síndrome de abstinência, e efeitos colaterais. Na Unidade de Saúde Tabuleiro, microárea Tabuleiro I, pude identificar uma alta prevalência de usuários crônicos de benzodiazepínicos, muitos deles dependentes e com tempo de uso maior que 12 meses, até mesmo maior que uma década. Este trabalho tem por objetivo conscientizar esses pacientes acerca dos efeitos colaterais dos BDZ, identificar os motivos que os estimularam a iniciar o uso, identificar possíveis diagnósticos psiquiátricos e indicações médicas precisas dessa droga, estimular mudanças de vida, diagnosticar e tratar possíveis patologias subjacentes. Atingiremos esse objetivo através de reuniões mensais com determinados temas específicos, por objetivo de informar os pacientes, além de consultas inicialmente quinzenais com o Psiquiatra, Clínico Geral e se necessário Psicólogo para abordar o desmame de pacientes com essa indicação, acompanhamento de patologias psiquiatricas e dessa forma, conscientiza-los da necessidade de cessar o uso dessa substância. Iremos elaborar um plano de manutenção sem benzodiazepínico, com acompanhamento desses pacientes a longo prazo, apoio psicossocial e fácil acesso as consultas na UBS para sustentar as mudanças de estilo de vida e manter os pacientes sem essa medicação. Com a execução deste projeto, espero que uma porcetangem significativa dos pacientes consiga parar de tomar benzodiazepínicos e consequentemente, a diminuição dos efeitos colaterais, principalmente em idosos, com a redução do número de quedas e fraturas, melhora da memória, da função cognitiva e da qualidade de vida. Ainda assim, espera-se a adesão dos pacientes a uma alimentação saudável e a prática de exercícios físicos para driblar a insônia e principalmente a ansiedade.

Palavras-chave: Benzazepinas, Dependência química, Mudança do estilo de vida, Promoção da saúde, Atenção Primária à Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO 9

2 OBJETIVOS 11
2.1 Objetivo Geral 11
2.2 Objetivos específicos 11

3 REVISÃO DA LITERATURA 13

4 METODOLOGIA 19

5 RESULTADOS ESPERADOS 21

REFERÊNCIAS 23

1 Introdução

Matinhos, município localizado no litoral Paranaense, pertence a região Metropolitana de Curitiba e Microrregião de Paranaguá. Possui 36 balneários, iniciando no balneário Jardim Monções e terminando no balneário Caiobá que faz divisa com Guaratuba. A população estimada em 2015 é de 32.591 habitantes e área de Unidade territorial é de 117.743 km^2, com densidade demográfica de 249,93 hab/km^2. (MATINHOS, 2015)

Segundo dados do IBGE de 2015, a renda per capta é de 814,03 reais por mês, constituindo-se assim, uma população de baixa renda. Observamos altas taxas de desemprego, principalmente pela sazonalidade do trabalho desta área. (IPARDES, 2016)

No âmbito organizacional, a comunidade conta com a Associação dos Moradores, Centro do Idoso, Grupo da Terceira Idade, Cooperativa dos Recicladores e Saúde na Escola. O Centro do idoso destaca-se por oferecer atividades de lazer, espaço para o dia da Hipertensão e Diabetes, oportunidade para idosos praticarem exercícios físicos. Ainda para o lazer há o Teatro do Bairro, Academias de Lazer Comunitárias e Centro Cultural.

Para suporte em assistência social, há o CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social e o CRAS- Centro de Referência em Assistência Social. O Centro Comunitário Profissionalizante, em parceria com o SESC-SENAC e aderido ao PRONATEC, oferece cursos de capacitação profissional, tais como: panificação, marcenaria, recepcionista, auxiliar de cozinha, turismo e informática. O CAPS- Centro de Atenção Psicossocial com Psiquiatras para suporte e acompanhamento de pacientes psiquiátricos ou dependentes químicos.

Os programas promovidos pela UBS são: reuniões do Hiperdia, planejamento familiar e pesagem das crianças. Há, portanto, muito trabalho a fazer para a educação da população, melhora das condições de vida, e sem dúvidas, maiores investimentos são necessários em educação, saúde, saneamento e moradia para esta população tão vulnerável.

A UBS onde estou inserida, Tabuleiro, conta com 3 equipes da Estratégias Saúde da Família (ESF): Tabuleiro I, Tabuleiro II e Caiobá. Sou responsável pela área Tabuleiro 1, que segundo dados de maio/2014 acompanha 809 famílias, um total de 2.524 pessoas, sendo 1214 do sexo masculino (48%), e 1310 do sexo feminino (52%). Temos 778 pessoas menores de 20 anos (30%), 1384 entre os 20 e os 59 anos (54%), 372 maiores de 60 anos (idosos-14%).

Segundo dados de maio/2015, a prevalência de hipertensão é de 336 (13%) e a prevalência de diabetes é de 130 pessoas (5,3%) sendo as doenças mais comuns.

Em relação as queixas mais comuns do mês de maio de 2015, de um total de 245 consultas agendadas, 118 (48%) consultas de cuidados continuados que engloba hipertensão (26%), diabetes (14%) e visitas domiciliares (7%). Destaca-se ainda, consultas por saúde mental (6%) e asma (4%).

É válido o registro das queixas, mesmo que por percepção pessoal, de dores musculoesqueléticas (lombalgia, dor em membros superiores, inferiores e articulações- principalmente punhos, ombros e joelhos). Creio que essas queixas são devido as altas taxas de trabalhadores manuais/braçais desta região. Destaco aqui também, a alta e assustadora prevalência de pessoas utilizando benzodiazepínicos de forma crônica, onde identifiquei dependência na grande maioria.

Realmente as consultas não são programadas conforme a demanda. Sinto sim, a necessidade de programá-las, principalmente devido a grande quantidade de diabéticos descompensados, que necessitam consultas frequentes. Em todas as consultas que realizei com estes pacientes, solicitei retorno em uma semana (para os que iniciam insulina), mas infelizmente o retorno destes pacientes é raro (tento sempre enfatizar a importância do controle da doença), e mesmo assim eles não retornam. Creio que o que dificulta o retorno em curto espaço de tempo é a forma com que as consultas são agendadas, pois os pacientes precisam acordar muito cedo, os últimos esperar até 11-12 horas para serem atendidos, pois eu realmente, na maioria dos casos, vejo a necessidade de prolongar o tempo das consultas devido a um número muito grande de queixas somáticas, necessidade de explicações/ esclarecimentos, anamnese detalhada.

Neste trabalho, abordarei a prevalência de consumo de medicamentos psicotrópicos sem acompanhamento. Desde o início do programa, pode-se identificar uma alta prevalência de pacientes em uso de antidepressivos e benzodiazepínicos sem acompanhamento. A maioria deles não comparecem as consultas, não realizam exames solicitados, apenas solicitam renovação de receita. Como torna-se uma dependência química e física, a abordagem do paciente em uso desses medicamentos é difícil e complexa. Apesar de ter o apoio do CAPS em meu município, esses pacientes não são a prioridade do serviço devido a grande demanda de pacientes que necessitam de atenção e tratamento de urgência para doenças psiquiátricas. Sabemos que essas substâncias, assim como todos os psicotrópicos, possuem efeitos colaterais a curto e longo prazo e causam dependência. Fatores como falta de qualidade de vida dos pacientes, doenças psiquiátricas subdiagnosticadas, alta prevalência de transtornos de ansiedade, depressão e distúrbios do sono colaboram para a grande prescrição e consumo desses medicamentos.

Pode-se constatar que com o uso de antidepressivos e medicamentos para dormir, os pacientes tendem a levar uma vida menos saudável, pois sentem-se bem e dispostos sem alimentação saudável e atividades físicas o que pode aumentar o risco de obesidade e cardiovascular. Os pacientes que os consomem, em sua maioria, não são aderentes a ações de promoção e prevenção em saúde. Além disso temos os efeitos colaterais da própria droga, grande gasto com esses medicamentos e ainda podem mascarar problemas mais graves, como por exemplo, a síndrome da apneia obstrutiva do sono, problemas psicossociais, diversos tipos de violência, dentre outros. Os medicamentos mais consumidos são: clonazepam, diazepam, fluoxetina e amitriptilina.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Conscientizar os pacientes que fazem uso de medicamentos psicotrópicos acerca dos efeitos colaterais a curto e longo prazo e desvantagens do uso desses medicamentos.

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar as características das substâncias dos medicamentos psicotrópicos mais utilizados pelos pacientes;
- Verificar quais os motivos que os fez iniciar o uso da droga, abordagem desses motivos individualmente;
- Estimular hábitos de vida e atitudes que podem ajudá-los a contornar os problemas que os fizeram utilizar o medicamento e consequente diminuição da dose e se indicado, cessar o consumo.

3 Revisão da Literatura

As drogas hipnóticas e ansiolíticas estão entre os medicamentos mais prescritos no Brasil e no mundo, sendo superadas para medicamentos utilizados em doenças cardiovasculares (ORGANIZATION, 1996)(CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006). Os benzodiazepínicos são medicamentos com efeito ansiolítico e hipnótico que foram introduzidas no mercado na década de 60 com o lançamento dos seus primeiros representantes; o Clordiazepóxido e o Diazepam. Na década de 70 foram extensamente prescritos no tratamento de transtornos ansiosos por terem apresentado baixos índices de intoxicação e dependência, resultando em uma rápida aceitação dos médicos e pacientes (ORGANIZATION, 1996)(ORLANDI; NOTO, 2005)(RIBEIRO et al., 2002). Nos anos seguintes, identificou-se uso abusivo, desenvolvimento de tolerância, síndrome de abstinência e dependência pelos usuários crônicos (ORLANDI; NOTO, 2005)(ALBERTINO; FILHO, 2016). Apesar disso, atualmente ainda são muito prescritos sem critérios ou indicação precisa (ALBERTINO; FILHO, 2016).

Segundo Projeto Diretrizes 2008, avalia-se que 50 milhões de brasileiros utilizam benzodiazepínicos diariamente, com maior prevalência em mulheres de meia-idade, com outras patologias médicas e doenças psiquiátricas. Dados da mesma referência revelam que os benzodiazepínicos correspondem por 50% das prescrições de medicamentos psicotrópicos. Além disso, 1 em cada 10 adultos obtém prescrições de benzodiazepínicos no ano, sendo a maioria prescritos por médicos clínicos gerais e que cada um destes possuem 50 pacientes dependentes e metade desses pacientes gostariam de cessar o uso, porém 30% deles relatam que o uso é estimulado por médicos (ORGANIZATION, 1996).

No Brasil, a portaria n° 344 de 12 de maio de 1998 regulariza e aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. De acordo com a portaria em questão, a classe dos psicotrópicos, que inclui os benzodiazepínicos, deve ser prescrito com uma notificação de receita, documento esse padronizado e designado a notificar a prescrição dos medicamentos: a) entorpecentes (cor amarela) b) psicotrópicos (cor azul) e c) retinóides de uso sistêmico e imunossupressores (cor branca). A Notificação de receita autoriza a dispensação dos medicamentos. As receitas dos grupo A e B devem ser assinadas por profissionais apropriadamente inscritos no Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Medicina Veterinária ou Conselho Regional de Odontologia, já o grupo C deve ser emitido apenas por profissionais inscritos no Conselho Regional de Medicina. Segundo este mesmo documento, psicotrópico é definido como: “substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, reproduzidas nos anexos deste Regulamento Técnico”. A Notificação de Receita necessitará ser preenchida de forma nítida, sem junturas ou rasuras (PORTARIA N. 344 DE 12 DE MAIO DE 1998, 1998).

A farmácia ou drogaria poderá conceder os medicamentos apenas se todos os itens estiverem preenchidos e deverá ser retida neste local. A Notificação de receita ”B”, de cor azul, terá validade por 30 dias a partir da data da emissão e poderá conter cinco ampolas, e para as outras formas farmacêuticas, a quantidade necessária para o tratamento de no máximo 60 dias. Se o paciente necessitar de quantidades acima destas previstas, o prescritor deverá elaborar uma justificativa com o Código Internacional da Doença (CID), posologia, data e assinatura (PORTARIA N. 344 DE 12 DE MAIO DE 1998, 1998).

Os benzodiazepínicos atuam em receptores gabaérgicos, no complexo receptor chamado GABA com ação direta no SNC. Conforme a capacidade agonista e grau de ocupação dos receptores, pode-se obter cinco propriedades farmacológicas: ansiolítico, anticonvulsivante, sedativo, miorrelaxante, amnésico, bloqueio neuromuscular em doses elevadas e dilatação coronariana. A despeito de presentes em qualquer BDZ, algumas propriedades são mais proeminentes em um ou outro tipo. O midazolam possui propriedade sedativa-hipnótica, já o alprazolam é ansiolítico e menos sedativo (ALBERTINO; FILHO, 2016)(COELHO et al., 2016)(CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006).

São lipossolúveis e portanto atravessam a barreira hematoencefálica com rapidez. Dentre os medicamentos dessa classe, o diazepam e o clordiazepóxido são intensamente lipossolúveis e portanto não devem ser utilizados por via intramuscular, já o midazolam e lorazepam são hidrossolúveis, portanto apresentam boa absorção se administrados por via intramuscular. A forma endovenosa pode ser utilizada para atingir efeito mais rápido, no entanto, não pode ser associado a outras formulações parenterais pois o solvente é lipídico (propileno-glicol) e dessa forma, pode ocorrer a precipitação de cristais (ALBERTINO; FILHO, 2016)(COELHO et al., 2016).

A metabolização e a meia vida dos BDZ são importantes para a decisão terapêutica, tratamento de intoxicações e síndrome de abstinência. A metabolização desses medicamentos é por via hepática e sofre influência genética. Ocorre por dois mecanismos: oxidação e conjugação. Os BDZ que sofrem oxidação geram metabólitos ativos e sofrem interferência da idade e de doenças hepáticas. A conjugação não sobre influência desses fatores e não produz metabólitos ativos. Esses fatores definem a meia-vida plasmática dos benzodiazepínicos, ou seja, o tempo entre a concentração plasmática máxima e a metade dela (índice T1½). Portanto, são classificados de acordo com sua meia-vida, em de ação muito curta, curta, intermediária e longa. O diazepam possui T1½ longo e gera três metabólitos ativos (desmetil-diazepam, oxidiazepam, oxidesmetil-diazepam), sendo assim de efeito prolongado, o lorazepam e oxazepam são conjugados, exigem pouco trabalho hepático, por isso, são indicados para idosos e hepatopatas (ALBERTINO; FILHO, 2016)(COELHO et al., 2016).

Alguns dados sobre a classificação e meia-vida são importantes ao prescrever um benzodiazepínico. O midazolam é um benzodiazepínico de meia- vida muito curta, de eliminação de aproximadamente 1,5 a 2,5 horas, é um derivado das imidozobenzodiazepinicos,

sua dose de equivalência ao diazepam 10mg é de 15mg e além das propriedades dos BDZ é ainda amnéstico. Os BDZ de meia-vida curta são: alprazolam cuja meia-vida é de 6-20 horas, dose terapêutica é de 0,75 - 4 mg e a dose de equivlância é de 1mg, o bromazepam de meia-vida de 12 hrs, dose terapêutica de 1,5-18mg e dose de equivalência de 6mg e por último, o lorazepam, de 9-22 horas de meia-vida, 2-6mg de dose terapêutica e 2 mg é a dose de equivalência. Os benzodiazepínicos de meia-vida intermediária são: o clordiazepóxido cuja meia-vida é 10-29 horas, dose terapêutica de 15-100mg e dose de equivalência de 25mg, o clonazepam é eliminado em 19-42 horas, sua dose terapêutica é de 1-3 mg e a de equivalência é de 2mg, o diazepam possui uma meia-vida de 14-61 horas, a dose terapêutica pode varias de 4-40mg, e o nitrazepam, 16-48 horas de meia-vida, 5-10mg de dose terapêutica, e 10mg de dose de equivalência (ALBERTINO; FILHO, 2016) (CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006).

Apesar de geralmente serem bem tolerados, os benzodiazepínicos também possuem efeitos colaterais, notoriamente nos primeiros dias de uso. Dentre eles encontramos: sonolência excessiva diurna, piora da coordenação motora fina, piora da memória (amnésia anterógrada), tonturas, zumbidos, quedas e fraturas, fraqueza, náuseas, vômitos, dores abdominais, dores articulares e torácicas, incontinência urinária, diarreia, indiferença afetiva a eventos da vida, risco de dependência. Além disso, pode ocorrer a reação paradoxal que é mais frequente em crianças, idosos e pacientes com doença psiquiátrica que constitui-se de excitação, desinibição, agressividade. Em idosos aumenta o risco de interação com outros medicamentos, quedas e acidentes de trânsito, pode ocorrer ainda, piora da ação psicomotora e cognitiva (ALBERTINO; FILHO, 2016)(COELHO et al., 2016)(CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006).

O desenvolvimento de tolerância é comum e consiste na diminuição do efeito inicial após algum tempo de uso da mesma dose. A dependência pode ocorrer em doses baixas e pouco tempo de uso. A insônia de rebote é comum e observada na prática clínica; ocorre pela diminuição de BDZ endógeno pelo uso do exógeno, principalmente quando a retirada é abrupta. O uso crônico desses medicamentos aumenta o risco cardiovascular e em idosos aumenta o risco respiratório, além de aumentar o risco de morte e piorar o quadro de pacientes que apresentam síndrome da apneia do sono e usam BDZ. A sensibilização do SNC em idosos é maior e portanto, o uso deve ser cauteloso pois há risco aumentado de efeitos colaterais, ataxia, vertigem e alterações comportamentais. Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica podem piorar seu quadro devido a diminuição da sensibilidade dos receptores centrais de pCO2 causada pelos BDZ, e assim, aumentar o risco de depressão respiratória por falha ventilatória (ALBERTINO; FILHO, 2016)(COELHO et al., 2016)(CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006).

A síndrome de abstinência é comum e acontece em 50% dos pacientes que utilizam BDZ por mais de 1 ano. Os sintomas incluem: tremores, sudorese, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, anorexia, sintomas gripais, cefaleia, dores musculares, insônia, irrita-

bilidade, dificuldade de concentração, inquietação, agitação, pesadelos, disforia, prejuízo de memória, despersonalização/desrealização, convulsões, alucinações, delirium, fono e fotofobia. Pode ocorrer após suspender o uso ou apenas ao diminuir a dose. Os sintomas iniciam gradativamente em 2-3 dias após cessar uso de BDZ de meia vida curta e de 5-10 dias após cessar uso de BDZ de meia-vida longa. O diagnótico diferencial deve ser realizado com os sintomas de rebote, que caracteriza-se pela volta dos sintomas iniciais, motivo pelos quais o BDZ foi prescrito em intensidade maior que a abstinência, e que mantém-se por dias (ALBERTINO; FILHO, 2016)(COELHO et al., 2016).

Quanto as interações medicamentosas, deve-se atentar para os medicamentos que dificultam o metabolismo hepático e aumentam o efeito dos BDZ: cimetidina, omeprazol (extensamente prescrito), isoniazida, beta-bloqueadores, anticoncepcional oral, dissulfiram. Depressores do SNC aumentam o efeito sedativo como os barbitúricos e o álcool. A associação de BDZ com anti-histamínicos pode altear o efeito sedativo, com anti-hipertensivos eleva o efeito deste. Antiácidos e anticolinérgicos minimizam a absorção e BDZ. Os BDZ elevam os níveis plasmáticos de digoxina, aumentando o risco de intoxicação por digital.

As indicações clínicas para o uso de benzodiazepínicos devem ser conhecidas pelo profissional que o prescreve. Dentre elas observamos: transtorno de pânico, fobias, agitação associado a transtornos psiquiátricos, no controle de quadros ansiosos e de agitação aguda (PORTARIA N. 344 DE 12 DE MAIO DE 1998, 1998). Segundo pesquisa elaborada pela OMS em quatro países, o maior número de médicos entrevistados prescrevem BDZ por outros motivos como distúrbios do sono, ansiedade, depressão, nervosismo, tensão, convulsões epilépticas, infarto do miocárdio, síndrome de estresse, hipertireoidismo, dentre outras. Em países subdesenvolvidos, as prescrições de BDZ são comuns para o tratamento de hipertensão e dores lombares. Médicos de outras áreas, que não neurologia e psiquiatria, e clínicos gerais, são os grandes executores das prescrições de BDZ (PORTARIA N. 344 DE 12 DE MAIO DE 1998, 1998).

O uso de BDZ por períodos extensos tem indicações precisas e singulares. Para o tratamento da dependência, deve-se incluir medidas não-farmacológicas, equipe multiprofissional com o acompanhamento psicológico e informações sobre as medicações em questão para que os pacientes possuam o conhecimento da droga em questão. Não é aconselhável aguardar que o paciente satisfaça todos os critérios da dependência para iniciar a retirada, pois a maior parte dos usuários de BDZ não apresentam o quadro clássico: tolerância, escalonamento de doses e comportamento de busca acentuado (ALBERTINO; FILHO, 2016).

A melhor forma de realizar a retirada é a diminuição paulatina da dose, indicada inclusive para pacientes que utilizam doses terapêuticas. Deve-se ressaltar que apesar do descômodo inicial, em consequência da síndrome de abstinência, os pacientes que conseguem cessar uso da droga por ao menos 5 semanas, diminuem a ansiedade e melhoram a qualidade de vida. Aconselha-se oferecer esquemas da retirada do medicamento por es-

crito, com as datas e períodos pré-estabelecidos e discutidos com o paciente para a redução da dose. A substituição por benzodiazepínicos de meia-vida longa pode ser necessária em pacientes que não obtiveram sucesso ao reduzir a dose gradualmente (ALBERTINO; FILHO, 2016).

O uso indiscriminado dos benzodiazepínicos envolve além dos usuários, os médicos e farmacêuticos. Atualmente muitos médicos são grandes prescritores desses medicamentos de forma irracional e sem critérios precisos, o que demonstra a desinformação e desatualização dessa classe, e ainda, farmacêuticos e pacientes não detém as informações adequadas acerca desses medicamentos. Esses fatores colaboram para aumentar o número de pacientes usuários crônicos e suas consequências inevitáveis. Conclui-se assim, que intervenções no sentido de informar os médicos, pacientes e enfermeiros constituem a forma mais adequada de reverter esta realidade (RIBEIRO et al., 2002).

4 Metodologia

O presente estudo objetiva reduzir o consumo desenfreado e desnecessário de benzodiazepínicos. Para isso, deve-se identificar, através de revisão de prontuários, os pacientes dependentes e usuários crônicos dessa droga. Após a identificação dos usuários, visitas domiciliares devem ser realizadas pelas agentes comunitárias para convocá-los para uma palestra inicial a ser realizada no espaço chamado Centro do Idoso, local onde as reuniões do HIPERDIA da microárea TABULEIRO I acontecem.

No início da palestra, os pacientes preencherão um questionário com perguntas sobre início e tempo de uso, frequência, diagnósticos, patologias e internamentos prévios, quem e aonde a droga foi prescrita, motivo inicial do uso da medicação, e serão indagados acerca de seus conhecimentos a respeito do fármaco em questão. A palestra explicará a pesquisa, seus objetivos, mecanismo de ação, indicações e efeitos colaterais dos BDZ. Para isso, deve-se convocar o psiquiatra do CAPS, além do médico clínico geral, enfermeiro, técnicas de enfermagem e agentes comunitárias da UBS, e se possível, o psicólogo do município. Nessa mesma palestra, os usuários serão convidados a participar do estudo e assinarão termo de consentimento e adesão.

Após essa seleção, os pacientes que aceitarem participar do estudo terão uma consulta programada com o médico psiquiatra e outra com o clínico geral para diagnosticar possíveis problemas psiquiátricos e real necessidade do uso de medicações psicotrópicas. Os pacientes que necessitam realmente do uso da medicação poderão ser excluídos das tentativas de retirada e redirecionados para seguimento psiquiátrico de rotina. Após o diagnóstico, uma reconsulta da população a ser estudada deverá ser realizada para informar o paciente que a medicação não está sendo utilizada de forma segura e que não possui indicação médica. De acordo com o método clínico centrado na pessoa, o médico deverá ouvir o que o paciente pensa e sabe sobre o assunto, seus medos, inseguranças, sua vontade de cessar o uso e deverá chegar a um consenso e plano de retirada caso essa seja a vontade do paciente.

Os pacientes carecerão ser acompanhados em consultas inicialmente quinzenais com o psiquiatra, psicólogo e clínico geral para acompanhamento da retirada do medicamento. Posteriormente poderão ser mensais, dependendo de cada caso. As consultas serão agendadas para toda a terça a tarde, se possível, todas as consultas na mesma tarde sem necessidade de marcá-las por fichas pela manhã como de rotina. O paciente receberá um aviso um dia antes em sua casa pela ACS responsável, para evitar ausências. Usuários que faltarem as consultas deverão ser alertados novamente da importância das mesmas, e se necessário, uma visita domiciliar multidisciplinar deverá ser realizada para contemplar os motivos da ausência do paciente e assim remarcar as consultas.

Ademais, palestras coletivas serão ministradas mensalmente, no centro do idoso, as

terças-feiras pela manhã, com assuntos variados a serem discutidos e apresentados, espaço para dúvidas e esclarecimentos, informativos a respeito dos assuntos a serem abordados na palestra do dia. As palestras deverão ser programadas e realizadas pela equipe TABULEIRO I e um convidado a explanar sobre o assunto, como: psiquiatra, psicólogo, educador físico, clínico geral, nutricionista e fisioterapeuta. Assuntos como mudanças no estilo de vida dos usuários, como exercícios físicos e alimentação saudável, reforço dos efeitos colaterais e mecanismo de ação da droga, informações sobre indicações médicas para uso dos BDZ, informações sobre as próprias doenças e seus diagnósticos diferenciais como depressão, ansiedade, transtornos de comportamento, insônia, síndrome da apneia obstrutiva do sono, dentre outras, ajudariam os pacientes a entenderem melhor seus sintomas e patologias. Pacientes que inicialmente não aceitarem a retirada do medicamento precisarão ser informados sobre as datas, hora, local e assuntos das palestras e que estes poderão frequentá-las livremente e, dessa forma, poderão mudar de ideia.

Os pacientes serão acompanhados até a retirada gradual dos benzodiazepínicos e ainda, após a retirada, precisarão de acompanhamento para identificar sintomas de abstinência, reforçar mudanças do estilo de vida para driblar a ansiedade, e de fácil acesso a novas consultas se necessário.

5 Resultados Esperados

Esse projeto tem como propósito diminuir o uso indiscriminado e as prescrições inapropriadas de benzodiazepínicos através de ações multidisciplinares informativas e tratamento da dependência em pacientes selecionados. Constata-se que os pacientes usuários crônicos possuem múltiplas comorbidades e geralmente são resisitentes a retirada, portanto, ao final deste projeto, provavelmente existirão pacientes que não conseguirão cessar o uso da droga. O abuso dos BDZ pode ser do tipo deliberado, que ocorre geralmente por pessoas com dependência química que iniciam uso de modo recreacional, as vezes combinado com outras substâncias, ou abuso por pessoas que iniciam o uso por indicação terapêutica e terminam em uso inadequado. Dessa forma, ao final dos 12 meses decorridos do início desse projeto, identificaremos os padrões de abuso, e espera-se que o abuso por pacientes com indicação médica seja o mais comum. (DUNCAN et al., 2013, p. 1176)

Provavelmente, encontraremos pacientes com a Síndrome de Abstinência, que pode ocorrer mesmo após curto período de uso. Os sintomas mais comuns são cefaleia e ansiedade (80%), insônia (70%), tremor e fadiga (60%), e se a retirada for abrupta de altas doses pode-se esperar delirium e convulsões. Espera-se que 50% dos pacientes que utilizam a medicação por mais de 1 ano experimentem sintomas de abstinência. Por esse motivo, nesse projeto, a retirada será gradual e esperamos que os pacientes consigam parar de usar em 6 a 8 semanas. A maioria dos pacientes dependentes de alguma substância psicoativa apresentam um curso crônico, ou seja, períodos de uso são entremeados por períodos de remissão parcial ou completa, porém, 70% dos pacientes tratados para dependência são capazes de parar com o uso desenfreado ou abster-se da droga em algum momento da vida, por isso, acredito que nossos pacientes conseguirão. Apesar do descômodo do início em virtude dos sintomas de abstinência, a maioria dos usuários que conseguem ficar sem utilizar os benzodiazepínicos por cinco semanas apresentam diminuição das medidas de ansiedade e melhora da qualidade de vida. (DUNCAN et al., 2013, p. 1177)(RIBEIRO et al., 2002)

Com a prática clínica na UBS Tabuleiro, pude constatar que a maioria dos usuários não possuem informações importantes sobre a droga, seus efeitos colaterais e indicações e seu limite de uso terapêutico que é de duas a quatro semanas. Ainda, há a falta de registro de informações crucuiais em seus prontuários, como motivo que os levou ao início do uso, diagnósticos, contra-referência de eventuais consultas psiquiátricas, doses e posologias, possíveis efeitos colaterais ou indesejados relatados pelos pacientes, esclarecimento sobre aumento de doses e alterações nas posologias. Com a entrevista de alguns desses pacientes consegui identificar que as principais causas de uso relatada por eles foi a insônia e ansiedade. A maioria dos pacientes nega qualquer medida de mudança de estilo de vida para controlar a ansiedade e a insônia, como atividades físicas, diminuição do uso

de álcool, tabaco e outras drogas, diminuição da ingesta de cafeína, medidas de higiene do sono como regularização do horário para deitar, restrição de cochilos diurnos, evitar atividades estimulantes antes de dormir, dentre outros. Ao final do projeto, esperamos ter identificado e tratado o cerne do problema e dos motivos que levaram os pacientes a iniciar o uso, como apneia do sono, doenças psiquiátricas, problemas familiares e sociais, insatisfação com o trabalho, agressões físicas e psíquicas.

Com a execução deste projeto, espero conseguir que uma porcetangem significativa dos pacientes consiga parar de tomar esses medicamentos e consequentemente, conseguiremos a diminuição dos efeitos colaterais, principalmente em idosos, com a redução do número de quedas e fraturas, melhora da memória, da função cognitiva e da qualidade de vida. Ainda assim, espera-se adesão dos pacientes a uma alimentação saudável e a prática de exercícios físicos para driblar a insônia e principalmente a ansiedade, melhorando outros parâmetros, como risco cardiovascular, dislipidemia, diabetes, hipertensão, sobrepeso e obesidade, contemplando a promoção e prevenção em saúde dos pacientes como um todo. Além dessas melhorias, o município diminuirá os gastos com medicamentos psicotrópicos, antihipertensivos e antidiabéticos, com internamentos hospitalares por quedas de idosos e até mesmo cirurgias para fixação de fraturas, reduzirá o número de pacientes que necessitam de consultas psiquiátricas e psicológicas, diminuido assim, a sobrecarga dos serviços.

Os pacientes devem ser reavaliados frequentemente, os que conseguiram cessar o uso devem ser acompanhados conforme a necessidade individual, e devem ter espaço e disponibilidade para novas consultas sempre que necessário, para assim, conseguirmos manter as mudanças conseguidas ao longo deste projeto e identificar casos de recaídas. Na fase de manutenção sem benzodiazepínicos, esperamos concretizar a capacidade dos pacientes em resistir ao estresse sem o uso da droga, assim como destacar a melhora da qualidade de vida. Iremos conceder apoio psicossocial a longo prazo, ajudar a praticar capacidade em superar a ansiedade, psicoterapia formal e tratamento farmacológico de outras patologias, principalmente depressão. (RIBEIRO et al., 2002)

Referências

ALBERTINO, S.; FILHO, P. F. M. *Benzodiazepínicos: atualidades*. 2016. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1364>. Acesso em: 27 Jan. 2016. Citado 4 vezes nas páginas 13, 14, 15 e 16.

CARVALHO, A. da L.; COSTA, M. R. da; FAGUNDES, H. Uso racional de psicofármacos. *CPSM/SMS- Rio*, v. 1, p. 1–6, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 15.

COELHO, F. M. S. et al. *Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas*. 2016. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3291>. Acesso em: 27 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial*: Condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2013. Citado na página 21.

IPARDES, I. P. de Desenvolvimento Econômico e S. *Caderno Estatístico*: Município de matinhos. 2016. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83260>. Acesso em: 15 Jan. 2016. Citado na página 9.

MATINHOS, P. M. de. *História do município*. 2015. Disponível em: <http://www.matinhos.pr.gov.br/prefeitura/dados.php>. Acesso em: 18 Jun. 2015. Citado na página 9.

ORGANIZATION, W. H. Rational use of benzodiazepines. *Programme on Substance Abuse*, p. 1–49, 1996. Citado na página 13.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: Um estudo com informantes-chave no município de são paulo. *Rev Latino-am Enfermagem*, p. 896–902, 2005. Citado na página 13.

PORTARIA N. 344 DE 12 DE MAIO DE 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 1998. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 16.

RIBEIRO, M. et al. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. *Associação Brasileira de Psiquiatria*, p. 1–8, 2002. Citado 4 vezes nas páginas 13, 17, 21 e 22.