



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

Maria de Los Angeles Muñoz Che

## Uso inadequado de benzodiazepínicos em idosos: projeto de intervenção

Florianópolis, Março de 2016



Maria de Los Angeles Muñoz Che

Uso inadequado de benzodiazepínicos em idosos: projeto de  
intervenção

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: Julia Estela Willrich Boell  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Maria de Los Angeles Muñoz Che

## Uso inadequado de benzodiazepínicos em idosos: projeto de intervenção

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

---

**Julia Estela Willrich Boell**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

O uso abusivo de benzodiazepínicos pelos idosos é uma realidade. O desafio é reverter esse quadro por meio da intervenção de uma equipe multidisciplinar conjuntamente com a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Morado do Sol. O projeto tem como objetivo elaborar de um plano de intervenção visando redução do uso inadequado de benzodiazepínicos pelos usuários da população idosa adscritos na equipe de saúde da família na Unidade Básica de Saúde Morada de Sol. Os dados foram coletados durante as consultas, as quais os pacientes solicitaram renovações de receita da droga referida, assim como levantamento de prontuários, análise de prescrições anteriores e reuniões com a equipe que compõe a unidade. Foram definidos também problemas intermediários, que contribuem para o surgimento do problema finalístico, a partir dos quais se planejou o enfrentamento estratégico da situação. Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual do NESCON/UFMG, SCIELO, dentre outros. Espera-se diminuir a falta de informação sobre o uso de benzodiazepínicos pela população idosa; criar um plano de conscientização para utilização adequada dessas medicações, assim como promover mudanças nos hábitos de vida dos pacientes que utilizam essa medicação. Espera-se também melhorar a qualidade de vida e a qualidade do sono, diminuir as quedas, melhorar a memória e a cognição, bem como o controle da ansiedade e depressão. Pretende-se propor a realização de atividades ocupacionais para diminuir a ansiedade dos pacientes idosos, que em muitas situações se potencializa nesta faixa etária. Pretende-se estimular atividades no tempo ocioso dos idosos, seja através da elaboração de artesanatos ou pela realização de atividades integradas à comunidade com orientações educativas instruídas pela equipe da Unidade Básica de Saúde Morada de Sol.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Medicações controladas, Saúde do Idoso, Psicotrópicos





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	13
2.2	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	19
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	21
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	23



# 1 Introdução

O município de Cianorte está localizado no Norte do Paraná, foi fundado pela Companhia Melhoramentos Norte do Paraná, a qual herdou o nome: Cia (Companhia) e norte (de Norte do Paraná) – em 26 de Julho de 1953. O início da colonização das regiões Norte e Nordeste do Paraná, atraiu desbravadores de outros estados, a exemplo de Minas Gerais e São Paulo. Os colonizadores chegaram em grupos de muitas pessoas, idealizados por perspectivas de um futuro melhor, tendo em vista que a região apresentava solo roxo e fértil. E como consequência disso, especialmente da cultura do café, que Cianorte prosperou e se firmou como uma das mais promissoras cidades do Norte paranaense (CIANORTE, 2016).

Até a década de 1970, o café foi o grande responsável pela economia do município, mas, no final da década, as fortes geadas e mudanças na política econômica nacional, afetaram o setor cafeeiro. Mas houveram esforços para que a economia voltasse a ter estabilidade na região, com uma rápida evolução. Não demorou muito para que Cianorte gahasse destaque no cenário nacional como o maior polo atacadista do Sul do País e passou a ser conhecida como a “Capital do Vestuário”. Atualmente as confecções em Cianorte são de mais de 450 empresas e 600 grifes, distribuindo emprego para mais de 15 mil pessoas (a cada cinco cianortenses, dois trabalham no setor de confecções) (CIANORTE, 2016).

Dessa maneira, consegue movimentar outros setores como o de corte e costura, bordados, lavagem de tecidos e cursos de moda, com isso proporciona aproximadamente 30 mil empregos. Também se responsabiliza pela realização da maior feira do vestuário do Sul do País: a Expovest. No PIB do município, a indústria é responsável por 44,30%, enquanto os setores de comércio e serviço representam 38,30%. Os demais são provenientes das atividades rurais .

Em Cianorte está localizada a Décima Terceira Regional de Saúde que atende 11 municípios, e conta com um Pronto Atendimento, uma Santa Casa, um Hospital que é Referência para Gestação e Parto de Alto Risco. No município estão alocadas 12 Unidades Básicas de Saúde.

Na região estão dispostos conjuntos habitacionais. Entre esses: o conjunto residencial Morada do Sol, que surgiu por volta do ano 2003. Em conversa com uma agente comunitária soube que o nome Morada de Sol surgiu por ser próximo ao clube Morada do Sol. Em seguida foram inauguradas mais ruas, e classificado o conjunto como: Morada do Sol I, II, III e IV.

Anos depois surgiram também outros conjuntos habitacionais, sendo eles o Jardim Santa Felicidade por volta do ano 2006 e o Aquiles Comar inaugurado em 2006 (sendo uma obra do governo federal Minha casa, minha vida). O Aquiles Comar foi um projeto que veio para beneficiar famílias de baixa renda, foram construídas 480 vivendas todas

habitadas até o momento. Foi um projeto realizado com esforço e dedicação do antigo prefeito Edno Guimarães.

Para a representação da comunidade contamos com o trabalho da presidente do Bairro Divina Santa de Souza e do vice-presidente Ovídio Rehder sendo os mesmos responsáveis por algumas conquistas para a comunidade dentre elas: asfalto da Avenida Ceara que faz acesso ao conjunto, trânsito em frente a escola ( mão única ) e o transporte coletivo para o Bairro.

A comunidade Morada do Sol juntamente com os outros conjuntos é beneficiada com dois mercados, uma padaria, duas fábricas de moveis, três igrejas evangélicas, uma igreja católica, uma loja de importados, uma metalúrgica, uma mecânica, uma escola e um Centro de Educação Infantil, uma UBS Morada do Sol.

Nossa área de saúde tem uma população total aproximada de 4.540 habitantes sendo cadastradas 2.312( 50,9 %) pessoas do SIAB ,1.247(53,9%) pertencem ao sexo Feminino e 1.065(46,0%) ao masculino, na faixa etária de menores de 20 anos: 905, entre 20 e 59 anos: 1.229 e com mais de 60 anos: 178 (7,6 %).

Existe uma grande rotação no bairro. Devido a isso não conseguimos cadastrar todos os habitantes. Outro problema são os pontos de drogas que temos muita dificuldade de acesso para realizar o cadastro.

Em nosso centro de saúde realizamos acompanhamento de Doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

Em nossa UBS Morada de Sol\_\_temos uma prevalência de HAS de 200 pacientes para um 8,6 % e Diabetes Mellitus 67 para um 2,8 %.

Os pacientes hipertensos e diabéticos tem o Grupo mensal onde participam das atividades educativas sobre prevenção de as complicações da doença, alimentação e entrega da medicação para o mês com o Grupo Hiperdia, o qual também é realizado orientações e encaminhamentos para consulta médica.Realizam-se palestras assim como visitas no domicilio em pacientes acamados para tentar modificar estilos de vida e verificar o cumprimento da medicação. A comunidade não possui pessoas com tuberculose nem hanseníase mais se realizam pesquisas ativas para identificar casos novos.

As queixas mais comuns que levaram a procurar os serviços de saúde em 2015 foram:

1. Doenças respiratórias agudas
2. Descompensação de doenças crônicas como HAS e DM.
3. Procura de medicações para doenças crônicas
4. Solicitações de encaminhamentos para outros especialistas
5. Doenças musculoesqueléticas.

Em nossa UBS se programam atendimentos de acordo com a demanda esperada, para isso se realizam agendamentos estabelecendo prioridades por semana. Exemplo:

com as gestantes são realizados agendamentos de consultas de acordo com as semanas de gestação. Também há agendamento a pessoas maiores de 60 anos ou com alguma deficiência para atendimento clínico. A proporção de gestantes que tiveram mais de sete consultas durante o pré-natal em 2015 foi de 100%, perceber que estamos realmente atingido de nosso objetivo, um dos fatores que colaboram para que possamos desenvolver uma atividade com êxito a 100% de abrangência, reconhecimento das realidades.

O acompanhamento materno infantil apresenta dificuldade com a consulta de Puericultura, a qual se inicia melhorando a atenção para este grupo etário.

Não houveram óbitos em menores de um ano de idade em 2014. A proporção de crianças com até 1 ano de vida com esquema vacinal em dia no último mês de novembro de 2015 foi 100%.

As doenças mais comuns identificadas foram:

1. Hipertensão arterial
2. Diabetes Mellitus
3. Doenças mentais
4. Doenças musculoesqueléticas (tendinite, bursites, )
5. Neoplasias

Entre os fatores de risco que mais incidem são Hipercolesterolemia, Obesidade, Alcolismo e Tabagismo.

É alto o índice de doenças de saúdes mentais que utilizam ansiolíticos e antidepressivos, tal problema é mais evidente na faixa etária dos idosos, que hoje representam (7,6%) da população cadastrada. São pessoas que já trabalharam muito na sua vida e que agora apresentam dificuldades para dormir devido a sua condição de “aposentado” e demais problemas pessoais, porém em um estudo realizado foi constatado [Miralles et al. \(1998\)](#) que estas pessoas dormem em média mais de 8 horas ao dia, em intervalos durante o dia e não de forma contínua a noite, por exemplo, sendo a queixa que acordam as 3 da manhã e não tem mais sono. Também muitas pessoas com problemas sociais econômicos que buscam refugiam em estes medicamentos.

No módulo de Planejamento na Atenção Básica fizemos um diagnóstico situacional, por meio do qual observamos que o uso de medicamentos psicotrópicos, em especial os benzodiazepínicos, era bastante comum na comunidade. O elevado número de usuários dessas drogas, em especial mulheres e idosos, nos fez escolher o tema para a criação de um plano de ação que pudesse melhorar essa realidade.

Quando iniciei minhas atividades no UBS Morada de Sol, um fato que chamou minha atenção foi a renovação das receitas médicas de benzodiazepínicos sem acompanhamento dos médicos que indicaram o medicamento. Os pacientes não tinham nenhum tipo de avaliação.

Notei então a necessidade de conversar com esses pacientes a maioria idosos afim de orientá-los a respeito do uso dos medicamentos psicotrópicos, suas indicações, o período necessário de uso e principalmente seus efeitos adversos.

Os benzodiazepínicos são drogas que agem diretamente no sistema nervoso central, alterando aspectos cognitivos e psicomotores no organismo. São várias as denominações atribuídas a essa medicação: ansiolíticos, sedativo-hipnóticos, "calmantes". Seus principais efeitos terapêuticos são a sedação, hipnose e relaxamento muscular (FILHO *et al.*, 2011). As principais aplicações clínicas são em casos de ansiedade associada a condições cardiovasculares ou gastrintestinais, distúrbios do sono, convulsões, espasmos musculares involuntários, dependência de álcool e outras (FIRMINO, 2008).

Devido à sua relativa segurança, uma vez que são necessárias altas doses para um efeito tóxico, sua prescrição e utilização ocorrem de forma abusiva, mesmo sendo um medicamento controlado e dispensado somente com apresentação de receita. É conhecido que os benzodiazepínicos promovem altas taxas de tolerância e dependência, o que leva, respectivamente, ao aumento da dose necessária para o mesmo efeito terapêutico e, quando seu uso é interrompido abruptamente, provocam o surgimento de sinais e sintomas contrários aos efeitos terapêuticos esperados.

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

Outro fator importante é a interação dessas substâncias com diversos medicamentos que estejam sendo utilizados por esses pacientes idosos onde é frequente encontrar a poli farmácia.

Temos identificado a frequência de quedas em pacientes idosos que consomem esses medicamentos.

Pode-se dizer que o consumo de benzodiazepínicos pela população idosa é elevado. Por essas razões se preconiza a boa orientação ao pacientes obre o uso racional dos medicamentos e a educação terapêutica, com avaliação precisa da indicação e o cuidadoso monitoramento do paciente idoso em uso de benzodiazepínicos.

Para nossa equipe e para mim como médica de uma UBS, este tema é muito importante para o adequado uso de benzodiazepínicos pela população idosa, considerado como fator de risco para quedas, distúrbios cognitivos e declinação da capacidade funcional, o que perturba sua qualidade de vida.

A escolha do tema deste trabalho se deve aoo elevado número de pacientes idosos

usuários de benzodiazepínicos de forma inadequada, na tentativa de reduzir seu consumo pela população idosa buscando alternativas de forma a garantir o acompanhamento desses pacientes na Equipe de Saúde de Morada de Sol, no Município de Cianorte.





## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção visando redução do uso de benzodiazepínicos pelos usuários da população idosa adscritos na equipe de saúde da família na UBS Morada de Sol.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a população acima de 60 anos de idade em uso contínuo de benzodiazepínicos na UBS Morada de Sol.
- Implantar estratégias educativas de prevenção do uso abusivo de benzodiazepínicos.
- Definir um protocolo de atenção ao idoso na abordagem da insônia e da retirada gradual de benzodiazepínicos.



## 3 Revisão da Literatura

### **Benzodiazepínicos**

Os primeiros Benzodiazepínicos (BZD) foram sintetizados em meados da década de 1950 pelo doutor Leo H. Sternbach que então trabalhava para F Hoffman- La Roche Ltd. em seu laboratório de pesquisas em Nutley New Jersey, EUA. A denominação que essas drogas receberam se deve ao fato de sua estrutura central, consistir em um anel de benzeno fundido com um de sete membros de 1,4-diazepina. Daí a denominação benzodiazepínicos (SILVA et al., 1999).

Como ocorre com muitas descobertas científicas importantes no desenvolvimento do primeiro BZD houve a criação acidental de um elemento, o clordiazepóxido, sintetizado quase por acaso quando percebeu que a estrutura originalmente havia mudado inesperadamente durante o processo Sternbach (1979).

Os BDZ são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 1960, o clordiazepóxido foi o primeiro BDZ lançado ao mercado cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorrelaxantes. Ao início foi chamado naquela época a "revolução dos benzodiazepínicos" Silva et al. (1999).

A eficácia dos benzodiazepínicos é bem documentada nos tratamentos de curta duração, porém o uso prolongado é contraindicado devido aos riscos de efeitos adversos, incluindo a dependência. Ao longo do tempo, com a popularização do uso dos benzodiazepínicos novos problemas foram evidenciados, grande parte deles, decorrentes do mau uso desses medicamentos. A dependência química dos benzodiazepínicos com todas as implicações inerentes a esses quadros passaram a constituir grande preocupação para a saúde pública Galleguillos et al. (2003).

O uso de benzodiazepínicos é mais comum em mulheres, de duas a três vezes mais do que em homens, e aumenta conforme a idade Ferrairó et al. (2000).

No Brasil, é a terceira classe de drogas mais prescrita, e 5,6% da população já os usou na vida (contra 8,3% nos Estados Unidos) (CEBRID) et al. (2009). Além disso, outros estudos foram publicados em nosso país, demonstrando que os BDZ são utilizados por cerca de 4% da população como um todo (GALDUROZ, 2005).

Entre as décadas de 70-80, seu potencial de criação de dependência e seus efeitos colaterais passaram a ser mais estudados, e no mundo todo se iniciou uma política de contenção de seu uso, visível, no Brasil, com o formulário azul.

Os BDZs são amplamente prescritos para uma variedade de condições, especialmente ansiedade e insônia (LONGO; JOHNSON, 2000).

Com o uso continuado, no entanto as prescrições de BDZ foram se tornando questionadas, pela grande capacidade dessas drogas gerarem dependência e tolerância aos seus usuários, na maioria das vezes potencializadas e perpetuadas por indicações imprecisas,

manutenção de prescrição por parte dos médicos, além de aumento da dose pelo próprio paciente, gerando forte necessidade psicológica pelo medicamento e tolerância (KAN; HILBERINK; BRETELER, 2004). Atualmente alguns estudos vem sendo publicados considerando perfis de risco para abuso de BDZ, levando-se em conta o seu uso dentro de equipes de saúde da família e comunidade (NORDON, 2010).

Segundo AUCHEWSKI (2004), os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais prescritas no mundo. Estima-se que seu consumo dobra a cada cinco anos e seu uso pode ser atribuído como resultado de um período particularmente turbulento que caracteriza as últimas décadas da humanidade.

### **Farmacologia**

A estrutura química básica dos BZDs consiste num anel incomum de 7 átomos unido a um anel aromático, com quatro grupos principais substituídos, que podem ser modificados sem perda da atividade (RANG et al., 2001).

A ação farmacológica dos BZDs ocorre pela sua ação sobre o sistema de neurotransmissão gabaérgico o que facilita a ação do ácido gama aminobutírico - GABA. Assim, sendo este neurotransmissor inibitório somado a estas drogas aumentam o processo inibitório do sistema Nervoso Central (SNC), provocando efeito depressor e o indivíduo fica mais tranquilo, relaxado e sonolento. Por outro lado, os BZDs, se ingeridos com bebida alcoólica, pode levar o paciente ao estado de coma, porque tem seu efeito potencializado (COELHO et al., 2006) (CARLINI, 2001).

Seu mecanismo de ação baseia-se na atuação do sistema inibitório de neurotransmissão do GABA além de provável indução direta do sono não REM. Os hipnóticos e ansiolíticos do tipo BZDs, melhoram a eficiência do sono, por diminuir sua latência, aumentar o tempo total de sono e por diminuir o número de despertares durante a noite (CARLINI, 2001).

### **Efeitos terapêuticos**

Com ação direta no sistema nervoso central (SNC) diante de seu mecanismo de ação, estes fármacos podem ser indicados nas seguintes situações: como relaxantes musculares, hipnóticos, sedativos, anticonvulsivantes, bloqueio neuromuscular em dose elevadas e dilatação coronariana. Na existência de diversos fármacos que compõe esta classe, variando em seu tempo de ação consegue-se um controle mais efetivo sobre a potência desejada para hipnose ou sedação (COELHO, 2006).

### **Efeitos colaterais**

Os principais efeitos colaterais desses fármacos consistem em sedação, confusão, amnesia anterógrada, comprometimento cognitivo e da coordenação motora. Esses sintomas porém, passam rapidamente com o aparecimento da tolerância que consiste no aumento gradual da dose necessária para obter o efeito desejado (CASTRO, 2013).

### **Uso de benzodiazepínicos em Idosos**

Há 20 fármacos potencialmente contraindicados para os idosos, estando entre estes os BDZs de meia-vida longa (ROZENFELD, 1997), uma vez que se associam a um aumento

no risco de quedas por estes indivíduos (COUTINHO; SILVA, 2002), as quais se atribuem às propriedades destes medicamentos, como atividade sedativa, responsável por alterações psicomotoras, e/ ou bloqueio adrenérgico, aumentando a probabilidade de hipotensão postural (O'BRIEN, 2005).

O uso de benzodiazepínicos é muito frequente na população idosa, tanto na comunidade quanto nas instituições geriátricas. Estima-se que 15% dos pacientes acima de 60 anos usem algum hipnótico para tratamento de insônia (CASTRO; LARANJEIRA, 2000).

A população com mais de sessenta anos apresenta certas características comuns que devem ser levadas em consideração diante de um provável uso de benzodiazepínicos. Em relação à absorção gastrointestinal de benzodiazepínicos, observa-se discreta lentidão em idosos, o que gera picos plasmáticos de 45 minutos a três horas após uso oral da medicação. Além disso, a diminuição dos níveis de albumina plasmática nos idosos faz com que a sedação seja aumentada, devido a diminuição da água corpórea e da massa muscular, o que acarreta o aumento da gordura corpórea mesmo em idosos magros. Benzodiazepínicos como diazepam, clonazepam, alprazolam e bromazepam, são lipossolúveis e se difundem amplamente no tecido adiposo. Devido a isso a concentração de equilíbrio da droga será mais elevada que nos adultos e sua eliminação será feita mais lentamente, já que mesmo após a interrupção do tratamento, haverá uma quantidade significativa do medicamento armazenada no tecido adiposo. A diminuição da perfusão tecidual e do fluxo sanguíneo hepático e renal colabora para o aumento da distribuição desses medicamentos (T.NOBREGA; KARNIKOWSKI, 2005).

O envelhecimento leva a lentidão do metabolismo e redução do fluxo sanguíneo hepático (de até 50% aos 85 anos), com conseqüente aumento da meia vida dos benzodiazepínicos e seus metabólitos ativos. Pode acontecer um acúmulo potencialmente tóxico devido a substâncias que tem sua meia vida de eliminação aumentada em duas ou três vezes. Os benzodiazepínicos com meia vida curta geralmente são metabolizados pela via da glucuronidação, a qual não está afetada pela idade o que faz com que estes medicamentos sejam eliminados mais rapidamente, não acontecendo, portanto, acúmulo (CHAIMOWICZ, 2013). No que se refere a excreção, a redução do ritmo de filtração glomerular aumenta o tempo necessário para a eliminação renal de algumas drogas, entre elas os benzodiazepínicos. A duração do efeito aumentará e por isso, doses mais baixas que o habitual serão suficientes.(BOTTINO et al., 1999)

A relevância deste projeto de intervenção pode ser dimensionada pela possibilidade de conhecer a população idosa que utiliza os benzodiazepínicos e a possibilidade de contribuir para redução do seu consumo, num ciclo da vida que estes medicamentos trazem mais prejuízos do que benefícios relacionados ao seu consumo. A proposta também vai oportunizar aos profissionais de saúde da equipe, aproximarem-se da população para discutir estratégias que melhorem a qualidade de vida no processo de envelhecer.



## 4 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção a respeito do tema redução do uso inadequado de benzodiazepínicos. O trabalho foi realizado durante o transcorrer no ano de 2015 na cidade de Cianorte-PR. O público alvo é a população maior de 60 anos adscrita na Unidade Básica de Saúde Morada do Sol na qual foi realizada a análise situacional, onde houve o reconhecimento do território inclusive os principais problemas enfrentados pela Equipe. Foram definidos também problemas intermediários, que contribuem para o surgimento do problema finalístico, a partir dos quais se planejou o enfrentamento estratégico da situação. Com isso foi proposto um projeto de intervenção com intuito de garantir melhorias no atendimento de pacientes idosos que fazem uso indevido de benzodiazepínicos através do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) o qual foi determinado com a participação de toda a equipe de saúde.

Os dados foram coletados durante as consultas, nas quais os pacientes solicitavam renovações de receita da droga referida, assim como através do levantamento de prontuários, análise de prescrições anteriores e reuniões com a equipe que compõe a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para a construção da revisão de literatura desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual do NESCON/UFMG, SCIELO, dentre outros. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, revistas médicas e livros foram utilizados de acordo com sua relevância.

Benzodiazepínicos como Diazepam, clonazepam são distribuídos de forma gratuita somente controlados por receita azul, porém muitos pacientes faziam uso inadequado destas medicações. Foi possível constatar durante a entrevista em consulta que a maioria dos pacientes oferecia resistência à intenção de retirar estes medicamentos, o que nos permite afirmar a hipótese de dependência na faixa populacional entrevistada.

Após a constatação de que na unidade haveria um grande número de usuários idosos em uso abusivo e indiscriminado de BZDs, foi possível observar que não haveria informações suficientes nos prontuários, como data de início do uso destas drogas, o tempo de uso, e a forma de uso. Um fator de observação durante a consulta foi que os usuários quando indagados, referiam a automedicação por diversos motivos: insônia, tristeza, dificuldades para superar os enfrentamentos cotidianos e muitos referiam estarem “sobrecarregados” e que as medicações funcionariam como uma “válvula de escape”. Sendo facilmente possível concluir que o uso desta classe de medicamentos se tornou indiscriminada e abusiva.

O plano de ação proposto abaixo foi baseado na proposta de Carlos Matus, conforme o autor na metodologia do Planejamento Estratégico Situacional, é preciso identificar as causas do problema, ou seja, identificar os nós críticos do problema e a sua identificação

<b>Causas</b>	Nós críticos	Deficiência de informação do idoso quanto doença mental e seu tratamento Foco na doença em detrimento do entendimento do idoso e seus problemas, como problemas sociais, familiares e financeiros que acometem os idosos.
	Intermediários	Repetição constante das receitas sem nenhum critério, resistência do paciente e da família em retirar a medicação, dependência da droga, grande demanda da UBS, falta de acompanhamento por parte do profissional que prescreve o medicamento.
	Outras	Analfabetismo, abandono, outras dependências como alcoolismo.
<b>Consequências</b>	Primárias	Dependência, depressão, crises de abstinência, tolerância, interação com outros medicamentos.
	Secundárias	Alterações da cognição, quedas, distúrbios da memória, tontura, sedação prolongada.
<b>Atividades desenvolvidas</b>	Palestras educativas multidisciplinares, orientações sobre a higiene do sono, prática médica integral, centra também nos problemas sociais e ambiente familiar do idoso, com atuação conjunta de Equipe de Saúde.	
<b>Profissionais envolvidos</b>	ESF (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS), equipe de saúde mental (psiquiatra, psicólogo), equipe do NASF (psicólogo, assistente social, fisioterapeuta) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Secretaria Municipal de Saúde, além dos familiares, vizinhos e da comunidade.	
<b>Recursos</b>	Espaço físico, caixas, mídias audiovisuais, panfletos e folhetos educativos.	
<b>Período</b>	Início em outubro de 2015, reuniões na última quinta-feira do mês na UBS Morada do Sol, com duração de uma hora, participando 35 a 40 idosos.	
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir a falta de informação sobre o uso inadequado de benzodiazepínicos pela população; criar um plano de conscientização para utilização adequada dessas medicações, assim como promover mudanças nos hábitos de vida dos pacientes que utilizam essa medicação. Melhorar a qualidade de vida e a qualidade do sono; diminuir as quedas; melhorar a memória e a cognição, bem como o controle da ansiedade e depressão. Melhorar a abordagem da equipe, estruturar a equipe, com uma maior interação e apoio das especialidades, com uma melhora do fluxo de referência e contra-referência.	

Figura 1 –

é fundamental, pois, para solucioná-lo devemos atacar as suas causas.

Na seleção dos nós críticos, decidimos sobre quais causas devemos atuar, ou seja, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema. O nó crítico também traz a ideia de algo sobre o qual a equipe pode intervir, ou seja, está dentro do espaço de governabilidade. O nó crítico é um tipo de causa que quando atacada é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

**A figura 1 apresenta o Plano de ação do Projeto: Nova Vida, que tem como Problema: Uso abusivo de benzodiazepínicos em idosos em UBS Morada de Sol.**



## 5 Resultados Esperados

Este projeto de intervenção que tem como objetivo geral a redução do uso de benzodiazepínicos pelos usuários da população idosa adscritos na equipe de saúde da família na UBS Morada de Sol, apresenta ações de intervenções direcionadas em amplos aspectos nessa temática.

A realização do projeto contribuiu para diminuir a falta de informação sobre o uso inadvertidos de benzodiazepínicos pela população; foi possível criar um plano de conscientização para utilização adequada dessas medicações, assim como promover mudanças nos hábitos de vida dos pacientes que utilizam essa medicação.

A partir do expostos nas reuniões espera-se contribuir para melhorar a qualidade de vida e a qualidade do sono; diminuir as quedas; melhorar a memória e a cognição, bem como o controle da ansiedade e depressão. Foi proposto a realização de atividades ocupacionais para diminuir a ansiedade dos pacientes idosos, que em muitas situações se potencializa nesta faixa etária. Dessa forma, os participantes foram estimulados a desenvolver atividades no tempo ocioso, seja através da elaboração de artesanatos ou pela realização de atividades integradas à comunidade com orientações educativas instruídas pela equipe da Unidade Básica de Saúde Morada de Sol.

Com relação ao profissionais que atuam na UBS, pretende-se estruturar a equipe, com uma maior interação e apoio das especialidades, com um melhora do fluxo de referência e contrareferência. E também evitar as prescrições indiscriminadas, com indicações mais precisas e uso racional destas drogas; ampliar o acervo de prontuários médicos com dados técnicos desde o início do uso da medicação, assim como indicação, dose usual, entre outros.

Melhorar a abordagem da equipe, com reuniões para construir um vínculo entre equipe e usuário, incentivando-o e dando confiança para que o mesmo se sinta seguro em suspender o uso dos BZDs quando não indicados de forma correta.



## Referências

- AUCHEWSKI, L. . avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de. . *Revista Brasileira de Psiquiatria*, p. 24–31, 2004. Citado na página 16.
- BOTTINO, C. et al. Terapêutica com benzodiazepínicos em populações especiais: idosos, crianças, adolescentes e gestantes. *Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência.*, p. 157–157, 1999. Citado na página 17.
- CARLINI, E. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. *Revista IMESC*, p. 196–200, 2001. Citado na página 16.
- CASTRO, G. Uso de benzodiazepínicos como automedicação:consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. *Revista Interdisciplinar,*, p. 112–123, 2013. Citado na página 16.
- CASTRO, L. A.; LARANJEIRA, R. Dependência de benzodiazepínicos. *Unidade de pesquisa em álcool e drogas*, p. 21–23, 2000. Citado na página 17.
- (CEBRID), I. et al. *levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo*. Sao Paulo: ROCA, 2009. Citado na página 15.
- CHAIMOWICZ, F. Saúde do idoso. *Nescon/UFMG*, p. 167–167, 2013. Citado na página 17.
- CIANORTE, P. M. de. *Cianorte Capital do Vestuário*. 2016. Disponível em: <<http://www.cianorte.pr.gov.br/>>. Acesso em: 04 Jan. 2016. Citado na página 9.
- COELHO, F. Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina.São Paulo*, p. 196–200, 2006. Citado na página 16.
- COELHO, F. M. S. et al. Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina*, p. 196–200, 2006. Citado na página 16.
- COUTINHO, E.; SILVA, S. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Caderno de Saúde Pública*, p. 359–366, 2002. Citado na página 17.
- CRUZ, A. V. et al. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em tatuí-sp. *Rev Cienc Farm Basica Apl*, v. 27, n. 3, p. 259–267, 2006. Citado na página 12.
- FERRAIRO, E. et al. Prescripción de benzodiazepinas en un centro :prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. *Atención Primaria*, p. 25–97, 2000. Citado na página 15.
- FILHO, P. C. P. T. et al. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. escola anna nery. *Scielo*, v. 15, n. 3, p. 581–586, 2011. Citado na página 12.
- FIRMINO, K. F. Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/prescrição no município de coronel fabriciano -mg. Minas Gerais, n. 156, 2008. Curso de Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais. Citado na página 12.

- GALDUROZ, J. Uso de drogas psicotrópicas no brasil: Pesquisa domiciliar. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, p. 888–895, 2005. Citado na página 15.
- GALLEGUILLOS, T. et al. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista Médica*, p. 535–540, 2003. Citado na página 15.
- KAN, C.; HILBERINK, S.; BRETELER, M. Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach. *Comprehensive Psychiatry Journal*, p. 88–94, 2004. Citado na página 16.
- LONGO, L. P.; JOHNSON, B. Addiction: Part i. benzodiazepines -side effects, abuse risk and alternatives. *American Family Physician*, p. 1–8, 2000. Citado na página 15.
- MIRALLES, R. et al. Prescripción de benzodiazepinas en el anciano en diferentes niveles asistenciales: características y factores relacionados. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, v. 49, p. 24–48, 1998. Citado na página 11.
- NORDON, D. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que. *Revista de Psiquiatria*, p. 152–158, 2010. Citado na página 16.
- O'BRIEN, C. Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *J Clin Psychiatry*, p. 28–33, 2005. Citado na página 17.
- RANG, H. P. et al. *Drogas ansiolíticas e hipnóticas*. Rio de Janeiro: Farmacologia. 4 ed, 2001. Citado na página 16.
- ROZENFELD, S. Reações adversas aos medicamentos em idosos: as quedas em mulheres como iatrogenia. RIO DE JANEIRO, n. 207, 1997. Curso de 1996, UNIVERSIDADE DO ESTADO DE RIO DE JANEIRO. Citado na página 16.
- SILVA, J. C. D. et al. *Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência*. Sao Paulo: Farmacéutica, 1999. Citado na página 15.
- STERNBACH, L. The benzodiazepine story. *Journal of medicinal chemistry*, p. 1–7, 1979. Citado na página 15.
- T.NOBREGA, O.; KARNIKOWSKI, M. terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 309–313, 2005. Citado na página 17.