



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Reila Freitas Silva

Projeto de intervenção: Desmame de benzodiazepínicos em usuários crônicos na Estratégia de Saúde da Família de Pedra Azul/ES

Espírito Santo
2015

Reila Freitas Silva

Projeto de intervenção: Desmame de benzodiazepínicos em usuários crônicos na Estratégia de Saúde da Família de Pedra Azul/ES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientador: Philipp Rosa de Oliveira

Espírito Santo

2015

RESUMO

Os benzodiazepínicos (BZDs) são drogas hipnóticas e ansiolíticas bastante utilizadas na prática clínica para diminuir a ansiedade e a excitação, acalmar o paciente e melhorar a eficiência do sono. Apesar de todos os benefícios, podem desencadear dependência, tolerância, abuso e diversos efeitos colaterais. Por isso, é necessário selecionar os pacientes que possuem real indicação dessas drogas e procurar usá-las pelo menor tempo e dose possíveis. Foi observado durante os atendimentos médicos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Pedra Azul – Espírito Santo, que há uso indiscriminado dessas drogas, muitas vezes sem indicação e de forma crônica. Justifica-se essa proposta em razão do elevado número de pessoas no município de Pedra Azul que usa os benzodiazepínicos isoladamente, há mais de 05 anos, para tratar insônia e ansiedade em graus leves a moderados. Problemas estes que poderiam ser resolvidos com tratamento não farmacológico. Portanto, busca-se com essa intervenção conscientizar os usuários de BZDs sobre os riscos potenciais dessas drogas, e, principalmente, efetuar o desmame através de terapias alternativas reduzindo assim o consumo de BZDs entre a população adstrita na microrregião atendida pela equipe da ESF de Pedra Azul, município de Domingos Martins - Espírito Santo.

Descritores: Psicotrópicos; Depressores do Sistema Nervoso Central; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	05
1.1	Situação Problema	06
1.2	Justificativa	06
1.3	Objetivos	06
	Objetivo Geral	06
	Objetivo Específico	07
2.	REVISÃO DE LITERATURA	08
2.1	Saúde pública e Estratégia Saúde da família.....	08
2.2	A saúde mental na atenção primária.....	09
2.3	Depressão e suicídio entre os pomeranos do interior do Espírito Santo	09
2.4	Benzodiazepínicos.....	10
3.	METODOLOGIA	13
3.1	Público-alvo	13
3.2	Desenho da Operação.....	13
3.3	Parcerias Estabelecidas	14
3.4	Recursos Necessários	14
3.5	Orçamento	14
3.6	Cronograma de Execução	15
3.7	Resultados Esperados	15
3.8	Avaliação	15
4.	CONCLUSÃO	17
	REFERÊNCIAS	19

1. INTRODUÇÃO

Este projeto de intervenção é um trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Aberta do SUS (Sistema Único de Saúde) e teve como motivação a constatação, a partir das consultas médicas na Estratégia de Saúde da Família em Pedra Azul - ES, de um grande número de pacientes fazendo uso crônico de benzodiazepínicos (BZDs). Na maioria das vezes, não há uma indicação precisa, e essas drogas são prescritas por tempo prolongado e em monoterapia para tratamento de transtornos depressivos leves, ansiedade e insônia. (FIRMINO et al., 2011)

Os benzodiazepínicos estão no grupo das drogas mais prescritas no Brasil e no mundo para o tratamento de quadros agudos de ansiedade, insônia e crises convulsivas. Não é recomendado seu uso por mais que 04 meses, pois, após esse período, há uma perda considerável de sua eficácia tornando o usuário dependente e tolerante, necessitando de doses cada vez maiores (NORDON e HÜBNER, 2009).

Dentre os fatores que contribuem para o uso dessas drogas de forma crônica está a prescrição equivocada, não obedecendo ao perfil farmacológico da classe, como por exemplo, indicações e tempo de uso. Isso tudo, associado ao uso sem prescrição médica e aumento da dose pelo próprio paciente gera uma necessidade psicológica do medicamento e múltiplos agravos à saúde. Além disso, os efeitos desses medicamentos podem ser potencializados pelo uso concomitante de outros depressores do SNC, como álcool e outros psicotrópicos. (FIRMINO et al., 2011; FIRMINO et AL, 2012).

Geralmente, o primeiro profissional a ter contato com o paciente com problemas psicológicos é o médico da atenção primária, por isso, é de extrema importância que ele conheça os casos em que há indicações de benzodiazepínicos e sua farmacologia, a fim de efetuar diagnóstico e prescrição corretos. (NORDON e HÜBNER, 2009; LIRA, 2014).

Muitas vezes a tendência a medicalização excessiva e a dificuldade em “dizer não” quando lhe é solicitada a prescrição de algum benzodiazepínico, faz com que o médico mantenha uma prescrição continuada dessa droga, o que contribui para que o paciente se torne dependente e usuário crônico. (AUCHEWSKI et al, 2004; NORDON e HÜBNER, 2009).

Ao se deparar com pacientes em uso crônico de BZDs, não é necessário esperar o aparecimento de sinais da síndrome de dependência para iniciar a retirada da droga, uma vez que o quadro típico de dependência química não ocorre na maioria dos usuários. Além da diminuição gradual, a retirada envolve uma série de medidas, como suporte psicológico, informações sobre os benzodiazepínicos e promoção de medidas não farmacológicas para lidar com a ansiedade. (NASTASY et al, 2002; ALVARENGA et al, 2015)

Nesse sentido, propõe-se o desenvolvimento de um projeto para redução do consumo de BZDs na população atendida pela ESF de Pedra Azul no município de Domingos Martins - Espírito Santo.

1.1 Situação-problema

Diante da constatação do uso crônico e muitas vezes de forma equivocada de BZDs por um grande número de pacientes atendidos pela ESF de Pedra Azul, surgiu a necessidade de intervir promovendo o desmame dessas drogas e iniciando novas prescrições apenas quando indicadas, obedecendo o tempo e dose preconizados.

1.2 Justificativa

Justifica-se a escolha do tema deste trabalho pelo elevado número de usuários de BZDs de forma inadequada. Muitos deles poderiam ser tratados com medidas não farmacológicas e outros já estavam apresentando síndrome de abstinência e tolerância. Portanto, esse projeto é uma tentativa de reduzir o consumo, modificar essa realidade, e garantir o acompanhamento multidisciplinar dos pacientes atendidos pela equipe da ESF de Pedra Azul.

1.3 Objetivos

- Objetivo geral

Promover o desmame - redução gradual de BZD em usuários crônicos atendidos na ESF de Pedra Azul, município de Domingos Martins - Espírito Santo, dando enfoque nas terapias não farmacológicas e orientação desses pacientes quanto aos efeitos nocivos dessas drogas e perigos da automedicação.

- *Objetivos específicos*

- Identificar usuários crônicos de BZDs atendidos pela equipe de saúde;
- Orientar esses pacientes sobre os riscos do uso prolongado;
- Oferecer apoio psicoterápico e sugerir medidas não farmacológicas para melhorar o sono e diminuir a ansiedade;
- Diagnosticar pacientes que realmente possuem indicação de BZD e prescrever apenas nestes casos e com prazo para retirada;
- Educar a população sobre os riscos da automedicação;
- Efetuar a retirada gradual de BZDs em usuários crônicos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde pública e Estratégia Saúde da família

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978, p. 1) saúde é

Estado de completo bem - estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores.

A constituição brasileira de 1988 em seu artigo 196 afirma que saúde é um direito de todos e dever do Estado, e deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços. Diante disso, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), modelo de assistência à saúde regido pelos princípios de hierarquização, regionalização, resolutividade, controle social, descentralização e complementariedade do setor privado. (BRASIL, 1988)

Inspirado nas experiências advindas de outros países, como Cuba, Inglaterra e Canadá, cuja saúde pública alcançou níveis interessantes de qualidade, o Brasil, em 1994, introduziu o Programa Saúde da Família (PSF) como tentativa de reorganizar a atenção básica, ampliando e interiorizando a cobertura do SUS. (COELHO e SAVASSI, 2004)

A Saúde da Família é uma estratégia que busca uma reorganização do modelo assistencial, baseada na implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes acompanham um número definido de famílias de uma determinada área geográfica e desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças. (BRASIL, 2013)

Desde então, a Saúde da Família tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas, uma vez que busca redirecionar de maneira racional a utilização dos demais níveis assistenciais. (BRASIL, 2013)

2.2 A saúde mental na atenção primária

Outro marco na saúde brasileira foi a Política de Saúde Mental conquistada a partir da luta iniciada na década de 1980, a qual buscava mudar a realidade dos manicômios que abrigavam milhares de pessoas com transtornos mentais. Países europeus serviram como modelos para construção dessa nova política, pois já atuavam na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários e inserção dessas pessoas na sociedade. Tudo isso foi concretizado no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica e por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial. (BRASIL, 2013)

Ainda na década de 1980, iniciou um processo de desinstitucionalização de moradores de manicômios fechando hospitais psiquiátricos e criando serviços substitutivos, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. Dessa forma, as Unidades Básicas de Saúde também foram incluídas nessa rede comunitária de assistência em saúde mental. (BRASIL, 2013)

A saúde da família deve garantir que os portadores de sofrimento mental sejam manejados com os recursos do território e buscar um diálogo constante com os CAPS, como a referência especializada em saúde mental no território. Essa articulação entre Saúde Mental e a ESF se estabelece através de vínculo e apoio matricial, a fim de garantir suporte ou retaguarda especializada aos profissionais da atenção básica. Com isso, é possível promover a reinserção psicossocial e a integralidade da atenção a esses usuários. Como resultado dos cuidados recebidos na rede básica de saúde tem-se a redução de internações. (JUNIOR et al, 2010)

2.3 Depressão e suicídio entre os pomeranos do interior do Espírito Santo

Durante o século XIX, imigrantes de várias partes da Europa, especialmente Alemanha e Itália, vieram para o Espírito Santo e se estabeleceram no interior do estado, principalmente nas cidades de Santa Tereza, Santa Maria de Jetibá, Domingos Martins e Venda Nova do Imigrante. Esses povos mantêm até os dias atuais as suas tradições como as danças, culinárias e também a língua, como por

exemplo, o pomerano. Nos municípios de Domingos Martins, Marechal Floriano, Pedra Azul e Santa Teresa acontecem, anualmente, festas típicas da cultura européia, como a Festa da Polenta, Festa do Vinho e a do Morango e o Festival de Inverno. (MEDEIROS, 2004)

Domingos Martins é uma das cidades que compõem a Região das Montanhas Capixabas. Possui um vasto território composto por várias comunidades, sendo uma delas a cidade de Pedra Azul. Sua economia está baseada na agricultura, especialmente o cultivo de frutas como morango, uva e maçã. Outro ponto forte da região é o turismo. Um dos pontos turísticos é o Parque Estadual Pedra Azul, símbolo maior da cidade e um dos lugares mais visitados. Pedra Azul é marcada por restaurantes, casas de chás e cafés, hotéis e pousadas. (TERRITÓRIO CAPIXABA, 2015)

Os pomeranos são oriundos de regiões eslavas e germânicas e são os principais exemplos de europeus que vieram para o estado do Espírito Santo no final do século XIX, colonizando principalmente a região serrana. O clima foi um dos fatores que os levaram a escolher o Brasil, especialmente Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Espírito Santo. Atualmente vivem no Espírito Santo em torno de 250 mil descendentes de imigrantes alemães. (CAPUCHO e JARDIM, 2013)

Uma marca dos pomeranos é a religiosidade, sendo a igreja luterana o principal centro dos encontros e o local de convívio social. Outra característica é a preservação da língua original e o isolamento social devido a falta de acesso à língua portuguesa. Além disso, há relatos de altos índices de suicídio por enforcamento e por envenenamento por agrotóxico entre os pomeranos. Um estudo feito com pomeranos de Santa Maria de Jetibá mostrou que as principais causas de suicídio são a depressão, as dívidas, a falta de diálogo e de apoio social e o alcoolismo. (CAPUCHO e JARDIM, 2013)

2.4 Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais prescritas no mundo e seu uso indiscriminado cresce a cada dia, o que caracteriza um problema de saúde pública, uma vez que aumenta os gastos com saúde, além dos possíveis efeitos nocivos para seus usuários. Dentre os efeitos desejados dessas drogas estão as

propriedades ansiolíticas, hipnóticas, miorrelaxantes e anticonvulsivantes. (FIRMINO et al., 2011; LIRA, 2014)

Segundo Orlandi e Noto (2005) e Firmino (2011), diversos fatores estão associados ao uso indiscriminado de benzodiazepínicos como, por exemplo, baixo custo, disponibilidade na rede pública e boa tolerância à droga. Embora sejam seguros, esses medicamentos não são isentos de riscos. O Diazepam é uma droga de meia vida longa e o principal BZD prescrito, sendo um risco para idosos, pois está associado ao aumento de quedas. De acordo com esses autores, as pessoas que mais usam os BZDs são mulheres que buscam o efeito ansiolítico da droga e idosos que desejam o efeito hipnótico. Isolamento social, desemprego e problemas familiares foram destacados como possíveis fatores de risco para uso crônico nesses dois grupos citados. (FIRMINO, 2011; LIRA, 2014; ALVARENGA et al, 2015)

Em idosos destaca-se a necessidade de avaliar o risco e benefício do uso dessas medicações, uma vez que é comprovado que elas causam alterações cognitivas, risco de intoxicação, já que muito deles já usam vários medicamentos, além das temidas quedas que podem levar a imobilidade e suas conseqüências. (FIRMINO, 2011; NETO, FREITAS e PEREIRA, 2012)

Os clínicos gerais são os maiores prescritores de BZDs e também mantenedores do uso crônico, pois muitos deles não se preocupam em saber o motivo pelo qual o paciente iniciou o uso da droga, ou não estão dispostos a ouvir a queixa do paciente. Sendo assim, prescrevem essas medicações para “ficarem livres” dos mesmos, ou ainda praticam o ato de transcrever a receita de outros médicos, sem questionar sua real indicação. Alguns estudos mostraram que os médicos possuem dificuldades para dizer “não” ou propor a retirada das drogas, já que muitos pacientes recorrem a parentes e amigos médicos ou fazem uma espécie de chantagem, relatando que não podem ficar sem a droga, que não conseguem dormir, dentro muitas outras argumentações. Há ainda aqueles que se sentem despreparados para lidar com doenças mentais e associado a dificuldade para encaminhar a especialistas, prescrevem e mantêm essas drogas por tempo indeterminado. Outro ponto a ser destacado é a escassez de profissionais de outras áreas, como por exemplo, psicólogos, os quais poderiam dar suporte aos médicos neste processo. (SOUZA, OPALEYE e NOTO, 2013; ORLANDI e NOTO, 2005)

Muitos pacientes relatam que nunca foram orientados sobre os riscos do uso crônico de BZDs, embora mantenham acompanhamento médico para renovar as

receitas. Outros pacientes sabem dos efeitos, mas preferem assumir os riscos a abrir mão da medicação. Diante disso, destaca-se um dos principais problemas do uso crônico dessas drogas por mais de 04 meses, que é a perda da eficácia com necessidade de doses cada vez maiores, levando à tolerância e dependência. (SOUZA, OPALEYE e NOTO, 2013; NORDON e HÜBNER, 2009)

Outro erro comum é o uso inadequado dessas medicações como, por exemplo, a monoterapia com BDZs para transtorno depressivo. Destaca-se ainda que a maioria das pessoas usa essas drogas para aliviar sintomas corriqueiros, ou seja, para medicalizar a vida. Estes casos poderiam ser tratados com outras abordagens, como a melhoria da qualidade de vida com atividade física e lazer, reinserção social, suporte psicológico, acolhimento por uma equipe multiprofissional na atenção básica etc. (SOUZA, OPALEYE e NOTO, 2013; FIRMINO, 2012; ALVARENGA et al, 2015)

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de desenvolver estratégias que possibilitem uma melhor capacitação médica para enfrentamento do problema exposto. Essas medicações devem ser prescritas obedecendo a sua indicação e dose, além do acompanhamento médico com prazo estabelecido para retirada, que deve ser gradual a fim de evitar o retorno dos sintomas e a resistência por parte do paciente para interromper o uso. (SOUZA, OPALEYE e NOTO; 2013; ORLANDI e NOTO, 2005)

Portanto, a atenção primária possui um papel fundamental na prevenção do uso crônico de BZDs, pois na maioria das vezes é o médico da família que faz o primeiro atendimento desses usuários. (LIRA, 2014)

3. METODOLOGIA

3.1 Público-alvo

Usuários crônicos de BZDs atendidos pela ESF de Pedra Azul, município de Domingos Martins, na qual foi realizada a análise situacional.

3.2 Desenho da operação

1ª Etapa: Por meio de consulta médica de rotina, informações dos agentes comunitários e de visitas domiciliares buscar-se-á conhecer os pacientes que fazem uso crônico de BZDs que procuram o médico para renovação de receita ou para iniciar tratamento. Será feita uma anamnese psiquiátrica a fim de entender o motivo da introdução da terapia e estimar tempo de uso e sintomas atuais, como por exemplo, aqueles relacionados à abstinência e tolerância. Será também explorada a história pregressa, familiar e social a fim de detectar possíveis fatores de vulnerabilidade a partir dos quais será planejado o enfrentamento estratégico da situação.

2ª Etapa. Estabelecerá uma parceria com a farmácia municipal para que as haja um controle de prazos para entrega de medicamentos a fim de evitar que os pacientes adquiram receitas com médicos diferentes e mais medicações do que foi prescrito ou aumentem a dose por conta própria.

3ª Etapa. Apresentação do projeto de intervenção aos gestores da unidade com o objetivo de análise e aprovação. Buscar-se-á por meio deste projeto acompanhar e orientar o usuário durante as consultas e propor medidas para reduzir as doses da medicação de forma gradual até retirada total. Além disso, será oferecido suporte com psicoterapia e sugeridas outras medidas não farmacológicas, como prática de atividade física e lazer, que possam auxiliar na retirada da medicação, evitando assim o retorno dos sintomas. Outra medida será a troca do BZD por antidepressivo para aqueles pacientes com transtorno depressivo que estão em uso apenas daquela medicação. Além disso, em casos novos de ansiedade leve, insônia, nervosismo (queixas comuns na região) será sugerido o uso de fitoterápicos a fim de retardar ou impedir a introdução de BZD. Pacientes graves ou que não esteja claro o

diagnóstico, encaminhar ao psiquiatra para abordagem inicial solicitando a contra-referência.

4ª Etapa. Elaboração e apresentação de relatório conclusivo aos gestores da ESF de Pedra Azul, no prazo de 10 meses da implantação do projeto de intervenção. Abordar durante a apresentação a necessidade de continuidade do processo.

3.3 Parcerias Estabelecidas

- Secretaria Municipal de Saúde
- Serviço de Saúde Mental do Município
- Farmácia Municipal

3.4 Recursos Necessários

Recursos materiais:

- Prontuários
- Folha de referência e contra- referência
- Retroprojeter
- Notebook

Recursos humanos:

- Médico
- Psicólogo
- Enfermeiro
- Agentes comunitários de saúde
- Farmacêuticos
- Psiquiatra
- Familiares

3.5 Orçamento

O trabalho não teve nenhum custo, pois todos os materiais necessários estavam disponíveis na Unidade de Saúde.

3.6 Cronograma de execução

Atividades	Previsão de execução	
	Início	Término
Identificação dos usuários crônicos de BZDs na microrregião atendida	março/2015	setembro/2015
Reunião com a equipe de saúde para apresentação do projeto de intervenção e o planejamento de ações	maio/2015	-
Aplicação do plano de intervenção	março/2015	setembro/2015
Preparação de relatório final	Outubro	-
Apresentação dos resultados para a equipe	Novembro	-

3.7 Resultados esperados

- Promover o desmame de BZD em usuários crônicos atendidos na ESF de Pedra Azul, município de Domingos Martins - Espírito Santo.
- Conscientizar o usuário de medicamentos psicotrópicos.
- Reduzir o consumo de BZDs entre a população adstrita.
- Diagnosticar e tratar de forma correta os transtornos psicológicos obedecendo a indicação e tempo farmacológico das drogas.
- Desenvolver um trabalho multidisciplinar na ESF Pedra Azul.
- Educar a população sobre os riscos da automedicação.

3.8 Avaliação

A avaliação acontecerá durante todo o processo de realização do projeto. Mensalmente acontece uma reunião de equipe na unidade e será separado um tempo para discutir o projeto de intervenção: sugestões, relatos de resultados e avaliação da intervenção. Serão utilizados como instrumento de análise os prontuários clínicos, relato dos profissionais envolvidos, principalmente médico,

psicólogo e enfermeiro. Também serão realizadas entrevistas com os pacientes identificados como usuários crônicos de BZDs e que conseguiram retirar a medicação ou estão em processo de desmame. Serão entrevistados pacientes que não conseguiram retirar a droga a fim de detectarmos possíveis fragilidades do trabalho. Ainda serão incluídos nas entrevistas os pacientes que nos procuraram querendo a medicação e que conseguiram resolver os sintomas apenas com outras terapias. O resultado final da ação interventiva será realizado por meio da análise comparativa dos dados anteriores ao início do projeto e o registro de consumo crônico de BZDs pela população adstrita após 10 meses de implantação do projeto.

4 CONCLUSÃO

Quando comecei a trabalhar na unidade fiquei muito preocupada ao me deparar com uma demanda por drogas psicotrópicas em proporção comparável aos anti-hipertensivos. No início da minha intervenção, encontrei resistência não só dos pacientes, mas também dos próprios agentes comunitários e outros funcionários da unidade que me procuravam apenas pra transcrever a receita de um paciente. Minha posição era que eu precisava conhecer o usuário e entender os motivos pelos quais aquela medicação foi prescrita, bem como o tempo de uso. Com o decorrer do tempo, os funcionários já marcavam as consultas e os pacientes já perceberam o meu processo de trabalho.

A medida que detectava os casos críticos, procurei disponibilizar mais tempo para ouvir as queixas desses pacientes e discutir terapias alternativas. Uma delas foi o encaminhamento para psicoterapia, já que em nossa unidade a psicóloga trabalha diariamente. Também propus a troca dos benzodiazepínicos por antidepressivos, naqueles pacientes que tratavam depressão com monoterapia, obtendo boa aceitação. Outra medida foi trocar o Benzodiazepínico em comprimido por gotas, tentando pedir ao paciente que usasse o mínimo de gotas possíveis, até retirada total. Durante as conversas, muitos pacientes se assustaram quando eu expus os riscos do uso crônico, e muitos deles disseram que nunca foram orientados, mesmo renovando receitas com médicos, e por anos.

Naqueles pacientes que chegavam ao consultório com queixa de ansiedade aguda por problemas como luto, briga com familiares, período de provas e outros fatos do cotidiano, procurei orientar quanto a normalidade dessas situações e que os sintomas desapareceriam sem uso de nenhuma medicação. Nos caso de insistência por parte do paciente para que fosse prescrito um “calmante”, usei medicamentos fitoterápicos como Calman, Valeriane, Sintocalmy obtendo ótimos resultados.

Alguns casos houve indicação real da prescrição de benzodiazepínicos, mas em todas elas procurei fazer com respaldo na literatura e buscando estabelecer prazos para retirada, além de esclarecer ao paciente todos os riscos.

A experiência foi gratificante, pois ao final do projeto percebi que cumpri, pelo menos em parte, meus objetivos. Digo em parte porque ainda há muitos desafios para alcançarmos a diminuição esperada do uso crônico de benzodiazepínicos, pois muitos usuários não estão dispostos a interromper o uso, mesmo conhecendo todos

os riscos. Além disso, muitos usuários procuram outros meios para conseguir a receita quando esta é negada. Como por exemplo, usando o medicamento do familiar, comprando sem receita nas farmácias ou ainda conseguindo a receita com outro médico.

Buscando um “feedback” da psicóloga da ESF de Pedra Azul, obtive o seguinte relato:

“Sou psicóloga e em 11 anos de trabalho, atendendo clinicamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS e deparei-me com muitos pacientes medicalizados e sem acompanhamento especializado. Refiro-me aos benzodiazepínicos e antidepressivos; a medicalização atende a expectativa do próprio paciente que já vem para a consulta trazendo essa necessidade, inclusive para a consulta psicológica (alguns nem retornam quando descobrem que medicalizar não faz parte das minhas atribuições); a historia clinica de cada um é singular, mas com isso em comum: uso de “medicação controlada” por longos anos (10, 20 anos). A diferença para o meu trabalho veio com a minha inserção numa estratégia de saúde da família - ESF, em que o paciente é acompanhado por equipe interdisciplinar. Nesta equipe foi possível experimentar a desmedicalização, com acompanhamento de toda equipe, quando necessário, e orientado pelo profissional médico (que em algumas situações interviu com fitoterápicos e outras medidas não farmacológicas). Mudança de hábitos é a chave desta intervenção, inserir atividades físicas, alimentação saudável, harmonia familiar, convivência comunitária e social pautada na ética; isso tudo permite que o paciente descubra seu próprio ritmo no ciclo: trabalho, descanso, sono, lazer; e também aprenda a canalizar positivamente a energia contida nas emoções cotidianas.” (Relato da psicóloga Elisnalva)

REFERENCIAS

1. ALVARENGA, J. M. et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 249-258, Jun. 2015.
2. AUCHEWSKIA, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 24-31, Mar. 2004.
3. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988**. São Paulo: Editora Atlas; 1991.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n.34, p. 176, 2013.
5. CAPUCHO, M. C.; JARDIM, A. P. Os pomeranos e a violência: a percepção de descendentes de imigrantes pomeranos sobre o alto índice de suicídio e homicídio na Comunidade de Santa Maria de Jetibá. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Vitória, v. 6, n.1, p. 36-53, jan/ jun. 2013.
6. COELHO, F. L. G; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Rio de Janeiro: **Rev Bras Med Fam Comum**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.
7. DECLARAÇÃO ALMA-ATA. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978. Disponível em <URL: [http:// www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf)> Acesso em 21 de agosto de 2015.
8. FIRMINO, K.F. et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Frabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1223- 1232, 2011.
9. FIRMINO, K.F. et al. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 157-166, Jan. 2012.
10. JUNIOR et al. Saúde mental e saúde da família: implicações, limites e possibilidades. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p. 229-33, 2010.

11. LIRA, A. C. de. Perfil de usuários de benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde. *Rev. APS, Juiz de Fora*, v.17, n. 2, p.223-228, abr/jun. 2014.
12. MEDEIROS, S. **Espirito Santo: um estado singular**. Vitória: Irmã Casa, 2004.
13. NASTASY, H. et al. **Diretriz de “Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos” da Associação Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 2002.
14. NETTO, M. U. de Q.; FREITAS, O. de; PEREIRA, L. R. L. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**. v. 33, n. 1, p. 77-81, 2012.
15. NORDON, D.G.; HÜBNER, C.V.K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Diagn Tratamento*; v.14, n. 2, p. 66-69, abr/ jun. 2009.
16. ORLANDI, P.; NOTO A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. esp, p.896-902, set/out. 2005.
17. SOUZA, A. R. L. de; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.1131-1140, 2013.
18. TERRITÓRIO CAPIXABA. **Região das Montanhas Capixabas**. Agência de Publicidade de Razão Social: Território Capixaba - Gestão de Conteúdo Multimídia Ltda. Disponível em:< <http://www.territoriocapixaba.com.br/rotas/?cd=30>> Acesso em 15 de agosto de 2015.