

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
(CEGCSF)**

MONALISA MALUF MORAIS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE
BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS ATENDIDOS PELA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA GUANABARA EM PATOS DE MINAS**

PATOS DE MINAS / MINAS GERAIS

2019

MONALISA MALUF MORAIS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE
BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS ATENDIDOS PELA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA GUANABARA EM PATOS DE MINAS**

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

Orientador: Profa Dra. Regina Maura Rezende

PATOS DE MINAS / MINAS GERAIS

2019

MONALISA MALUF MORAIS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE
BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS ATENDIDOS PELA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA GUANABARA EM PATOS DE MINAS**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^a Dra. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Examinador 2: Prof.^a Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 11 de dezembro de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os idosos que, ao longo da minha jornada como médica, contribuíram significativamente para que eu me tornasse uma melhor profissional.

Dedico ainda à minha família, que não mede esforços para me apoiar na minha qualificação profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que permitiu que eu fosse seu instrumento para promover a cura e o alívio da dor do próximo.

“A persistência é o caminho do êxito”
Charles Chaplin

RESUMO

A proporção de idosos vem aumentando em escala mundial e, com o envelhecimento, frequentemente verifica-se uma polifarmácia nessa população, e cuja prescrição de benzodiazepínicos é feita com frequência. Os benzodiazepínicos são empregados especialmente como ansiolíticos e hipnóticos e configuram-se como um dos fármacos mais prescritos no mundo. Conhecidos usualmente como “calmantes”, devem ser utilizados com cautela na população idosa, dado aos possíveis agravos à saúde do idoso com a utilização desta medicação. Ao atuar na Unidade de Atenção Primária à Saúde - UAPS do Guanabara no município de Patos de Minas-MG foi possível verificar grande contingente de idosos fazendo uso de benzodiazepínicos, e também um número elevado destes sem seguir adequadamente o tratamento medicamentoso. Diante disso, os objetivos foram elaborar um projeto de intervenção para reduzir a dependência de benzodiazepínicos na população idosa atendida pela Equipe de Saúde da Família Guanabara em Patos de Minas – MG.; orientar os usuários e cuidadores sobre a terapêutica prescrita, bem como sobre as indicações, efeitos colaterais, e expectativa de cada tratamento; melhorar a qualidade de vida da população. Foram propostas ações de educação em saúde como palestras e orientações individualizadas, além de uma busca ativa por idosos inseridos no contexto abordado; como forma de empreender ações fortalecidas. Foram propostas, também, capacitações permanentes para a equipe multidisciplinar da Unidade. Espera-se que, com as ações propostas, seja possível evitar o abuso de benzodiazepínicos, bem como orientar adequadamente a população idosa e seus cuidadores ou familiares sobre os esquemas terapêuticos e medicamentosos prescritos.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Idoso

ABSTRACT

The proportion of the elderly is increasing worldwide and, with aging, there is often polypharmacy in this population, whose prescription of benzodiazepines is frequent. Benzodiazepines are used especially as anxiolytics and hypnotics and are one of the most prescribed drugs in the world. Commonly known as "tranquilizers", they should be used with caution in the elderly population, given the possible health problems of the elderly with the use of this medication. When working at the Primary Health Care Unit - Guanabara UAPS in the city of Patos de Minas-MG, it was possible to verify a large contingent of elderly people using benzodiazepines, and also a large number of them without adequately following the drug treatment. In view of this, the objectives were to elaborate an intervention project to reduce the dependence of benzodiazepines in the elderly population attended by the Guanabara Family Health Team in Patos de Minas - MG; guide users and caregivers about the prescribed therapy, as well as indications, side effects, and expectation of each treatment; improve the quality of life of the population. Health education actions were proposed, such as lectures and individualized orientations, as well as an active search for the elderly included in the context approached; as a way to take strengthened actions. Permanent training was also proposed for the Unit's multidisciplinary team. It is hoped that with the proposed actions, it is possible to avoid the abuse of benzodiazepines, as well as to adequately guide the elderly population and their caregivers or family members about the prescribed therapeutic and drug regimens.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Elderly Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APA	Associação Psiquiátrica Americana
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BZD	Benzodiazepínico
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCB	<i>Internacional Narcotics Control Board</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
MG	Minas Gerais
MPI	Medicamentos Potencialmente Inadequados
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde

PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIPAM	Centro Universitário de Patos de Minas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Ilustração do receptor GABA com seus sítios de fixação.....	22
Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Guanabara, Unidade Básica de Saúde Guanabara, município de Patos de Minas, estado de Minas Gerais.....	16
Quadro 2: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ abuso de benzodiazepínicos por idosos ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Guanabara, do município Patos de Minas, estado de Minas Gerais.....	36
Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ abuso de benzodiazepínicos por idosos ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Guanabara, do município Patos de Minas, estado de Minas Gerais.....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Breves informações sobre o município de Patos de Minas	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 A Equipe de Saúde da Família Verde, seu território e sua população.....	14
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	15
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo geral:	18
3.2 Objetivos específicos:	18
4 METODOLOGIA	19
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
5.1 Envelhecimento Populacional e Polifarmácia	21
5.2 Benzodiazepínicos	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	32
6.1 Descrição do problema selecionado	32
6.2 Explicação do problema selecionado.....	35
6.3 Seleção dos nós críticos	35
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERENCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Patos de Minas

O Município de Patos de Minas localiza-se no Triângulo Mineiro e é nacionalmente conhecido por sua agroindústria (Capital Nacional do Milho), com destaque para produção de grãos como o milho. Destaca-se ainda o setor terciário da economia, que representou a maior parte do Produto Interno Bruto – PIB nas décadas de 80-90. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2010), apresenta uma população estimada de 150.893 habitantes, com uma densidade demográfica de 43,49 hab/km². Em sua pirâmide etária verifica-se um predomínio da faixa etária compreendida entre 10-29 anos em ambos os sexos. Verifica-se uma taxa de escolarização de 98,6% entre as crianças de 6-14 anos.

Estima-se que 91,6% dos domicílios apresentam esgotamento sanitário adequado e cerca de 80% dos domicílios da zona urbana contem com vias públicas bem estruturadas e arborizadas. De acordo com dados do Censo (IBGE, 2010), o município contava com mais de 90% de sua população vivendo em zona urbana, embora grande parte ainda exercesse atividades no meio rural. As principais atividades industriais são desenvolvidas pela fábrica da Cemil, produtora de derivados de leite; Suinco, segundo maior frigorífico suíno de Minas Gerais, e a Predilecta responsável pela produção de molho de tomate, milho, batata e ervilha em conserva. Em 2010, teve início a exploração de gás natural no município.

A cidade apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,765, considerado elevado de acordo com parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O IDH é mensurado a cada 20 anos e em Patos de Minas foi possível verificar no intervalo compreendido entre 1991-2010 um incremento de 45,71% no seu índice. Contudo, é importante salientar que, no mesmo período, o Estado de Minas Gerais e o Brasil apresentaram um crescimento de IDH maior que o observado no município.

De acordo com o Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB, 2010) 85,5% da população está coberta pela ABS. No que se refere à cobertura vacinal em menores de 01 ano, verifica-se que, em todas as vacinas, há uma cobertura de no mínimo 87%. Apresenta uma taxa de mortalidade infantil média de 12,49 a cada

1.000 nascidos vivos. Verifica-se um baixo percentual de internações por diarreia (0,1/1000 habitantes), refletindo uma condição razoável de infraestrutura sanitária.

1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Patos de Minas apresenta 25 Unidades Básicas de Saúde e uma rede completa na Atenção Primária oferecendo à população consultas, exames complementares e encaminhamento à outros níveis e serviços quando necessário. O município conta também com profissionais e serviços de Atenção Especializada, incluindo o serviço de Oncologia, embora haja relativa dificuldade de marcação de procedimentos e consultas com especialistas pela alta demanda.

O serviço de Urgência e Emergência no município é realizado pelo SAMU e pelos bombeiros. Já a atenção hospitalar é realizada por cinco hospitais, sendo quatro deles privados. Há ainda no município serviços de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e zoonoses.

É importante salientar que o município de Patos de Minas é referência em saúde para a região, sendo sede do polo regional. Por este motivo, em muitos casos os serviços de saúde encontram-se superlotados e atendendo acima de sua capacidade justamente pela alta demanda de pacientes dos municípios vizinhos.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Verde, seu território e sua população

A UAPS do Guanabara está localizada em uma área longe do território de abrangência da Equipe 01. A área é dividida em 07 micro áreas, sendo que 02 estão descobertas de ACS (micro área 01 está sem agente e micro área 03 agente se encontra afastada por motivos de doença). O território inclui uma parte central e os bairros do Rosário e Caiçaras (região localizada a leste da Unipam).

Possui uma população estimada em 4500 habitantes, onde a maior parte são de estudantes e idosos. É uma área considerada tranquila, embora possua 4 zonas críticas relacionadas à prostituição e ponto de drogas. A área de abrangência possui todas as ruas pavimentadas e transporte público, embora o serviço não seja oferecido até a Unidade, o que dificulta muito o deslocamento dos pacientes.

Possui 100% dos domicílios com água tratada, rede de esgoto e de coleta de lixo pelo serviço público. Na unidade do Guanabara trabalham 03 equipes de saúde (equipe 01, 31 e 39), 02 equipes de saúde bucal, 01 pediatra que atende 1 período por semana e os profissionais do NASF que rodizam durante a semana.

A UBS foi fundada no ano de 2009 e está localizada no bairro Guanabara, na Rua Geraldo Iris da Mota, n.30. Embora tenha sido planejada a princípio para somente 02 equipes, comporta um total de três. Conta com um espaço amplo de recepção e com número adequado de cadeiras.

Além das 3 equipes de PSF, também conta com mais 2 equipes de Saúde Bucal. O consultório da enfermagem da equipe 01 não possui banheiro e por esse motivo, o atendimento relativo a coleta de material para realização de Papanicolau é revezado entre as outras duas equipes. Possui também a sala de vacinas, sala dos Agentes Comunitários de Saúde/Reuniões, sala de triagem, sala de procedimentos/curativos, dois consultórios odontológicos, uma sala de esterilização, 02 banheiros para uso dos pacientes (masculino e feminino), 02 banheiros para uso exclusivo dos funcionários, lavanderia, almoxarifado, uma cozinha e uma copa.

O mobiliário é relativamente novo, encontra-se em boas condições de uso. Faltam computadores nas recepções e em 2 consultórios médicos, além de alguns materiais necessários para o atendimento clínico (doppler fetal, oxímetro de pulso, mesa ginecológica, glicosímetro, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias, etc.). A falta desses materiais além de dificultar o atendimento, gera aumento da demanda em outros setores, principalmente na Unidade de Pronto Atendimento.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Durante o levantamento de dados, foram listados 31 problemas descritos pela população, pelos ACS ou pelos demais integrantes da equipe assistencial. Alguns problemas como a falta de transporte público, ou rede de esgoto com forte cheiro na comunidade, dentre outros não são passíveis de solução por nossa equipe, e por isso não contemplaram os problemas passíveis de intervenção.

Foram selecionados, então, quatro problemas considerados prioritários e passíveis de intervenção:

- Há uma demanda maior que os recursos disponíveis, principalmente nos exames diagnósticos, resultando em grande tempo de espera e muitas vezes atraso do diagnóstico e terapêutica.
- Demora na autorização de exames e consulta com especialistas
- Grande número de idosos sem a assistência adequada com abuso de benzodiazepínicos.
- Elevado número de hipertensos com baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

A equipe realizou uma votação para determinar qual seria o problema prioritário a sofrer intervenção pelo projeto de pesquisa em elaboração.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Guanabara, Unidade Básica de Saúde Guanabara, município de Patos de Minas, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Grande número de exames para poucas vagas	Alta	20	Parcial	3
Elevado número de hipertensos com baixa adesão ao tratamento medicamentoso	Alta	25	Total	2
Grande Número de Idosos sem a assistência adequada com abuso de benzodiazepínicos	Alta	30	Total	1
*Alta, média ou baixa ** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30 ***Total, parcial ou fora ****Ordenar considerando os três itens				

Fonte: Autoria Própria, 2018.

2 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. Desta forma, conceber políticas de saúde que viabilizem um envelhecimento com qualidade de vida é essencial em qualquer realidade socioeconômica e cultural. Com o acúmulo de comorbidades é comum a vivência da polifarmácia no idoso, o que por si só já torna complexo o controle e a administração correta dos fármacos. Assim, o tema escolhido para intervenção se justifica pelo alto número de idosos e usuários dependentes de benzodiazepínicos sem controle e acompanhamento adequado, e pela possibilidade de contribuir para uma maior qualidade de vida destes indivíduos assistidos pela unidade de saúde.

O Projeto de Intervenção se justifica ainda pela possibilidade de reduzir o abuso de benzodiazepínicos na população, repercutindo diretamente em um menor gasto com medicamentos, redução da polifarmácia, redução de interações medicamentosas e seus efeitos colaterais e, dessa forma, contribuir com uma melhoria significativa do estado funcional e cognitivo, conseqüentemente ofertando uma melhor qualidade de vida a estes indivíduos. Mesmo na população cujo uso seja justificado, a intervenção será benéfica pois permitirá uma melhor orientação quanto à terapêutica medicamentosa, reduzindo o risco de erros na administração e aumentando a adesão aos tratamentos propostos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um projeto de intervenção para reduzir o abuso de benzodiazepínicos na população idosa atendida pela Equipe de Saúde da Família Guanabara em Patos de Minas - MG.

3.2 Objetivos específicos:

- Reduzir a prescrição inapropriada de benzodiazepínicos entre os idosos, por meio de reavaliação do paciente, de forma presencial;
- Aumentar o conhecimento da população atendida sobre indicações, efeitos colaterais e formas de administração de benzodiazepínicos, assim como interações medicamentosas;
- Melhorar a qualidade de vida e condição de saúde de idosos da comunidade;
- Orientar a população idosa, bem como cuidadores e familiares sobre os esquemas terapêuticos, efeitos adversos e riscos/benefícios dos benzodiazepínicos;
- Capacitar a equipe de saúde para abordagem individual e familiar, visando menor estímulo ao uso de benzodiazepínicos.

4 METODOLOGIA

Em um primeiro momento, visando maior embasamento teórico, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados vinculadas à Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, e também em sites governamentais e oficiais. Para a busca foram utilizados os descritores: saúde do idoso, benzodiazepínicos. Em seguida foi proposta a realização de um planejamento estratégico situacional (PES) na área adscrita à UBS Guanabara, no município de Patos de Minas – MG.

O PES, proposto por Carlos Matus na década de 70, busca analisar uma realidade, identificar os problemas existentes, eleger os problemas passíveis de intervenção, e propor um plano de intervenção, que traçará metas e etapas a serem desenvolvidas para que os objetivos propostos sejam atingidos (CAMPOS, 2009). Através do PES é possível melhor estruturar as ações em saúde, e com um conhecimento maior da comunidade contribuir para melhora da qualidade de vida e condição da saúde da população.

Para o levantamento da realidade de saúde vivenciada pela população (momento explicativo) utilizou-se dados do SIAB/e-SUS, fichas de cadastro individual, familiar e saúde do trabalhador do município e da área de abrangência. Posteriormente, procedeu-se às fases de intervenção do presente projeto.

O projeto de intervenção será realizado em 04 frentes de ação:

1. Busca ativa por idosos em uso de Benzodiazepínicos

Em toda a área de abrangência da Equipe de Saúde será feita uma busca ativa por idosos em uso de benzodiazepínicos. Os Agentes Comunitários de Saúde - ACS efetuarão a busca nos domicílios, enquanto os demais profissionais questionarão sobre o uso de tais medicações durante todo procedimento/atendimento que o idoso fizer na unidade de saúde. Os idosos identificados serão chamados para fazer uma avaliação médica, que compreende a frente 2 do Projeto de Intervenção.

2. Consultas de Avaliação e Reavaliação

Todos os idosos identificados passarão por uma consulta médica de avaliação, na qual serão revistas as medicações, queixas e condições de saúde, e reestruturado, quando necessário, o esquema medicamentoso do idoso. Após a avaliação inicial, os idosos serão reavaliados mensalmente em consultas individuais.

3. Ações de Educação em Saúde - Palestras

Mensalmente serão realizadas palestras sobre o risco do abuso de Benzodiazepínicos. Para a divulgação da palestra e também para potencializar as ações de educação em saúde serão elaborados Cartazes e Folders temáticos.

4. Ações de Educação em Saúde - Rodas de Conversa e Desenhos

Quinzenalmente serão organizadas rodas de conversa na UBS, buscando orientar os pacientes quanto às medicações. Para aqueles pacientes com dificuldade na compreensão dos horários, analfabetos, ou que possuem uma condição de polifarmácia serão criados desenhos com esquemas de medicação, para melhor ajudar na adesão à terapia medicamentosa.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Envelhecimento Populacional e Polifarmácia

A população mundial tem envelhecido, aumentando o número de indivíduos acima de 60 anos e junto disso vem a preocupação e a importância em se conhecer mais sobre esta parcela da população. Esta população muito tem a ganhar, contudo, junto aos ganhos surgem condições como deterioração do organismo, alterações cognitivas, dentre outras, que a torna mais susceptível a doenças, exigindo maior atenção e cuidado ao abordá-la. A doença nem sempre é inerente à idade avançada, todavia tem-se uma predisposição ao surgimento de patologias crônicas, as quais levam muitas vezes ao uso de medicamentos por uso prolongado. Por este motivo se faz mandatório debater questões que dizem respeito a esta parcela da população. Para Firmino et al. (2012), discutir a qualidade da farmacoterapia em idosos é discutir a atenção à sua saúde, tendo em vista que o medicamento ainda é um importante instrumento de recuperação e manutenção da saúde de indivíduos deste grupo populacional.

O uso desmedido de medicamentos em idosos induziu à criação de listas de substâncias a serem evitadas neste grupo. Há muitos fármacos potencialmente contraindicados para os idosos, entre os quais estão os benzodiazepínicos. Isso se justifica porque os idosos possuem algumas peculiaridades (ROZENFELD, 2003). Temos que ressaltar que, no idoso, há um aumento da sensibilidade dos receptores benzodiazepínicos, fazendo com que tenham menor tolerância a tais medicamentos. Há um risco aumentado à presença de complicações no uso de benzodiazepínicos na população idosa (PERON et al., 2011).

5.2 Benzodiazepínicos

Desde a antiguidade se têm notícias do uso de medicamentos para tratar a insônia e a ansiedade. Este é o caso das bebidas alcoólicas e do ópio que levaram muitas vezes ao uso abusivo e até a *overdoses* fatais. Com o surgimento dos benzodiazepínicos, estes se tornaram, dentre os medicamentos com propriedades sedativas, os mais utilizados (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000).

Os benzodiazepínicos foram desenvolvidos por Leo Henryck Sternbach em 1956, sendo seu uso aprovado em 1960. Conforme sua meia-vida de ação, podem ser divididos em compostos curtos (<6 horas, como exemplo: triazolam), intermediários (6-20 horas, como exemplo: alprazolam, lorazepam) e longos, isto é, meia vida > 20 horas (por exemplo, diazepam, clonazepam) (DELL'OSSO; LADER, 2012).

Quando um benzodiazepínicos é ingerido, este se liga ao seu sítio de ação, no receptor gabaérgico (Figura 1), ocorrendo potencialização do neurotransmissor GABA com maior influxo de íon de cloro para o meio intracelular, levando a uma hiperpolarização que dificulta a despolarização da membrana celular, inibindo a excitação neuronal. Isto resulta em sedação, relaxamento e atividade anticonvulsivante (VLIET et al., 2008).

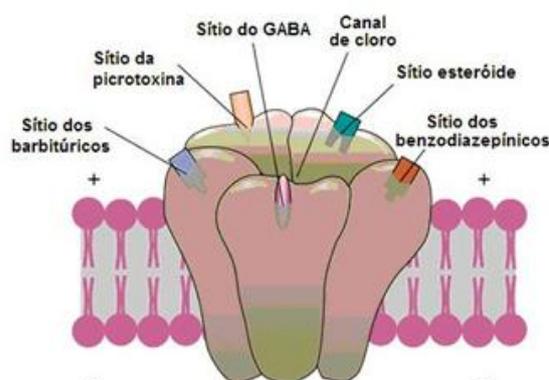


Figura 1: Ilustração do receptor GABA com seus sítios de fixação.

Fonte: ITC.UFRJ¹

É certo que a velhice não é sinônimo de doença, mas com o avanço da idade reduz-se de maneira progressiva a capacidade funcional, com conseqüente perda da autonomia e independência que podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam diretamente à qualidade de vida (ANDRADE; SILVA; FREITAS, 2004; BRAGA et al., 2015). Diferente do paciente jovem, o idoso necessita de uma menor dosagem desta medicação para apresentar uma reação indesejada, ficando mais susceptível ao cansaço, impedindo-o de ser ativo e diminuindo assim suas faculdades comunicativas e de socialização (DAILLY, BOURIN; 2008).

Estudos recentes atentam para o fato de que o uso de hipnóticos, grupo no qual os benzodiazepínicos estão contidos, está associado a um aumento da

¹ Disponível em: <http://itc.nutes.ufrj.br/toxicologia/imagens/receptor-GABA.jpg>. Acesso em 18 set. 2017.

mortalidade em idosos (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000; CARVALHO et al. 2017). Huang e Lai (2006) dizem que, infelizmente, as pessoas idosas apresentam um risco acrescido de resultados adversos decorrentes do uso de benzodiazepínicos. Os efeitos secundários de tais hipnóticos podem ser a sedação intensa a tonturas, quedas, acidentes de trabalho, envenenamento acidental ou facilitado (MINAYO;CAVALCANTE, 2010).

O relatório do IOM (Institute of Medicine, s/d) tem focado mais atenção na busca de soluções para a utilização de medicamentos inseguros e problemas relacionados com drogas no cuidado do idoso. Um dos critérios de consenso mais utilizados para uso de medicamentos em adultos mais velhos são os *Crítérios de Beers*². Ter-se um consenso para o uso seguro de medicamentos em pacientes idosos é uma ferramenta que traz mais confiança, norteia médicos e avalia resultados de saúde, custo e utilização (FICK et. al., 2003).

Apesar de uma queda global nas prescrições de benzodiazepínicos internacionalmente ao longo dos últimos 20 anos, há um número substancial de usuários crônicos recebendo receitas regularmente inapropriadas (MUGUNTHAN; MCGUIRE; GLASZIOU, 2011). Órgãos internacionais, como a OMS e o INCB (Internacional Narcotics Control Board), alertam sobre o uso indiscriminado e a falta de controle dos medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento. No Brasil, esta questão é alarmada pelo uso indiscriminado de benzodiazepínicos. Este hábito parece abranger, além dos usuários, os médicos que prescrevem a droga e os farmacêuticos que a liberam. A falta de informação oferecida ao paciente, esclarecendo os riscos e benefícios, corroborado pelo despreparo médico aviva o uso crônico e indevido. Sendo assim, ações com propósito de instruir os profissionais da área da saúde parecem ser prudentes (ORLANDI; NOTO, 2015).

Para avaliar o uso e a prescrição inapropriada de medicamentos no idoso, além do bom senso, o profissional de saúde dispõe de ferramentas, como algumas escalas. Beers³ criou sua primeira escala de medicamentos a se evitar no idoso no início da década de noventa a qual tem sido constantemente ajustada. (SOARES et al., 2008). A última atualização dos Critérios de Beers foi em 2012, sendo que sua revisão baseou-se em duas afirmações:

² *Crítérios de Beers* constitui uma listagem de medicamentos considerados inapropriados ou com segurança reduzida para o uso em geriatria (SOARES et. al., 2011).

³ Mark H. Beers, geriatra criador dos “Crítérios de Beers” para avaliação de medicação em idosos.

1- Substâncias que devem ser evitadas em doentes idosos por não serem efetivas ou por abarcarem riscos desnecessários aos doentes e por haver alternativas mais seguras.

2- Substâncias que não devem ser administradas a idosos com determinadas patologias. Este referencial pode colaborar como instrumento aos profissionais de saúde a fim de reduzir o uso inapropriado de alguns medicamentos na população idosa, dentre eles os benzodiazepínicos (CAMPANELLI, 2012).

Neutel, Skurtveit e Berg (2012), protestam que as diretrizes deveriam ser feitas mais em acordo com as necessidades práticas, já que muitos idosos sofrem com um grau de insônia que afeta qualidade de vida e precisa ser levada a sério. Os idosos tendem a apresentar condições crônicas, sendo difícil a utilização só por algumas semanas.

Dissentindo de muitos autores, Neutel, Skurtveit e Berg (2012), acreditam que algumas alegações sobre os riscos do uso prolongado de benzodiazepínicos devem ser repensadas, já que o risco de queda pode ser atribuído também ao estado de saúde, à fragilidade, à densidade óssea, à falta de exercício e até mesmo à insônia. Também citam que o declínio cognitivo decorrente do uso de benzodiazepínicos é de aproximadamente 5% dos usuários, entretanto outras causas de declínio cognitivo são mais importantes, incluindo a falta crônica de sono.

Muitos médicos discordam que o uso de benzodiazepínicos é uma ameaça aos idosos e acreditam que seguir diretrizes possa ameaçar sua aliança com o paciente e reconhecem sua falta de preparo para lidar com a questão. (COOK et al., 2007).

Num estudo realizado no Reino Unido, mais da metade dos idosos que tomavam benzodiazepínicos por longa data, manifestaram o desejo de parar de tomar, justificando não o fazer por terem receio de entrar em discordância com seu médico (BRAGA et al., 2015). É possível que muitos recebam as prescrições sem saber sequer as razões para tal, com seus ganhos e prejuízos, como a dependência (CAVALCANTE;MINAYO, 2013). Para Šubelj, Vidmar e Švab (2010), a prescrição de benzodiazepínicos é uma tarefa importante do trabalho diário dos médicos de família. Estes tentam preservar a relação médico-paciente, submetendo-se aos desejos destes e tendo dificuldade na recusa da prescrição de benzodiazepínicos

em longo prazo, especialmente se o paciente teve experiências positivas com tais medicações anteriormente.

Fick et al. (2003) citam um estudo sobre os medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) usando como base os Critérios de Beers. No estudo, aqueles que receberam um MPI tiveram custos mais elevados e maior número de internações. George e Kumar (2015) advertem ainda que alguns PIMs específicos, como os benzodiazepínicos, têm sido associados com resultados adversos de alta gravidade, como depressão, déficit cognitivo, anorexia e desnutrição.

De acordo com Almeida et al. (2016), os médicos, comumente, atribuem os problemas induzidos por drogas aos efeitos do envelhecimento. Por muitas vezes, os resultados indesejáveis emergem gradualmente, tornando as relações de causa-efeito susceptíveis de serem decifradas erroneamente. A maior parte destes profissionais está focada na dependência como a reação indesejada dos benzodiazepínicos, desvalorizando os demais efeitos adversos (COOK et al., 2007).

O uso de benzodiazepínicos é corriqueiro em transtornos de ansiedade, insônia e abstinência alcoólica, bem como em terapia adjuvante na esquizofrenia e depressão. Seus benefícios em curto prazo são bem conhecidos, contudo seus riscos vão além da dependência. Sonolência em vigília, reflexos embotados, memória diminuída e um aumento do risco de quedas e fraturas de quadril também devem ser esperados (MUGUNTHAN; MCGUIRE; GLASZIOU, 2011).

Em estudos relatados por Alvarenga (2007), o uso desta medicação mostrou associação estatisticamente importante com diagnósticos de hipertensão arterial, diabetes e infarto do miocárdio. Isso se confirmou em idosos que percebiam sua saúde como pior, os que já apresentavam sintomas depressivos ou os que haviam sido diagnosticados com uma nova patologia. Outro fator favorecedor de seu uso foi o maior número de visitas ao médico e o consumo de polifarmácia.

O tratamento da insônia é complexo e depende de muitos fatores, incluindo idade, duração do tratamento, origem primária ou secundária (sintoma de outra comorbidade), comorbidade associada, história de uso de drogas e custo à saúde pública. Isso se faz importante indagar antes da prescrição de um benzodiazepínico para tal finalidade (DELL'OSSO; LADER, 2012).

Secoli (2010) pondera que, em muitos casos, os distúrbios de ansiedade e de insônia são sub-diagnosticados no paciente idoso. Em contrapartida, atenta ao uso

indiscriminado de benzodiazepínicos. Isso mostra a necessidade de educação e criação de estratégias para melhor conhecer esta classe de medicação e sua utilização em idosos. Martins et al. (2015) ressaltam ainda que, no âmbito da atenção primária à saúde, é frequente o uso de medicamentos potencialmente inadequados aos idosos, sendo necessárias também ações de educação continuada com profissionais atuantes na Atenção Básica.

Existe evidência de associação entre os usuários de benzodiazepínicos e transtornos afetivos, como depressão, sendo estes subdiagnosticados. Num estudo em que utilizaram registros de prescrições de benzodiazepínicos na atenção primária, observou-se que a indicação médica para tal prescrição foi ansiedade e depressão em 30% dos idosos. Isso mostra a falta de habilidade para diagnósticos adequados, incompreensão dos efeitos dos benzodiazepínicos na depressão e seus riscos para os idosos (HILGER et al., 2008).

Conforme Nordfjærn (2012), o uso a longo prazo de benzodiazepínicos pode levar a uma adaptação homeostática ao GABA A, gerando um aumento da ansiedade e dificuldades para dormir, cursando com um efeito colateral paradoxal. Ainda para ele, os benzodiazepínicos também podem aumentar potencialmente o consumo de álcool, já que os usuários de benzodiazepínicos podem procurar tal substância para intensificar o efeito sedativo e ansiolítico desta medicação. No entanto, uma pesquisa apontou impactos clínicos desejáveis, no que diz respeito ao uso de benzodiazepínicos. Observou-se que estes medicamentos são instantâneos e eficientes na redução dos sintomas agudos de ansiedade. Vários estudos bem controlados e meta-análises também mostraram que o uso em curto prazo de benzodiazepínicos foi significativamente mais eficaz para sintomas relacionados ao transtorno do pânico em comparação ao placebo. Contudo, impugnam o valor terapêutico dos benzodiazepínicos para depressão e insônia e reforçaram ainda que em tais casos os sintomas podem ser exacerbados com o uso destes.

Os benzodiazepínicos apresentam propriedades ansiolíticas, sedativas e relaxantes. No entanto, utilizá-los como ansiolíticos e sedativos para controle da insônia não deve ser conduta rotineira, sendo até mesmo uma indicação indesejável. O tratamento da insônia deve ser considerado individualmente em todos os pacientes e tendo como foco sua etiologia. Tem-se observado que a maior parte das prescrições de hipnóticos para pacientes idosos são desnecessárias e muitos

pacientes que solicitam tais medicamentos provavelmente responderiam a placebos (BATTY et al., 2000).

Além disso, os benzodiazepínicos devem ser prescritos com cautela aos idosos com potencial perfil suicida, já que aparecem entre as drogas mais comumente usadas em overdose na Inglaterra, nesta população. (DAILLY; BOURIN, 2008). Bossé, Prévaille e Vasiliadis (2014) fizeram estudo em idosos de 65 a 74 anos, o qual sugeriu que idosos que utilizam uma dose diária média de benzodiazepínicos superior a 5 mg, são 1,87 vezes mais propensos a relatar pensamentos suicidas ou ideação com morte, comparado aos não usuários.

No artigo de Kirby et al. (1999), em um estudo realizado em Dublin, pode-se observar que mais da metade dos usuários de benzodiazepínicos tomavam um agente de longa ação, sendo que esta proporção se manteve inalterada entre a população idosa. Este trabalho demonstra a utilização generalizada de agentes de ação prolongada, apesar da disponibilidade de muitas alternativas de meia-vida curta. É de extrema importância abordar estas questões com a classe médica se quisermos ter sucesso na aplicação destes psicotrópicos, minimizando seus riscos neste grupo etário.

Os benzodiazepínicos de longa ação são ainda empregados, embora não seja recomendado ao paciente idoso. Os benzodiazepínicos de longa ação, como o Diazepam, são mais propensos a acumular e, por consequência, apresentam maior potencial sedativo com maior risco de quedas. Já os de curta ação, como o Alprazolam e Lorazepam, não apresentam esta característica tão evidente se usados em doses recomendadas (KIRBY et al., 1999).

Os compostos de meia-vida longa são considerados inapropriados para uso em idosos, uma vez que aumentam a duração da ação com decorrente aumento da incidência de sedação diurna. Além disso, existem os benzodiazepínicos de meia-vida curta, que são menos tóxicos e igualmente eficazes. Mesmo com tal disponibilidade, os benzodiazepínicos de meia vida longa ainda são os mais prescritos (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000). Dell'osso e Lader (2012) mencionam diversos estudos, dentre eles um estudo ambulatorial que mostrou não haver diferença entre os compostos de curta e de longa ação, mas como principal fator de risco a administração de doses elevadas.

O uso por longo prazo não só é ineficaz, mas também está associado a vários efeitos indesejáveis. O risco de eventos adversos é maior em pessoas idosas e seus benefícios não justificam seu uso nesta população (MUGUNTHAN; MCGUIRE; GLASZIOU, 2011). Tamblyn et al. (2005) realizou um estudo que traz a hipótese de que o risco de queda em pessoas idosas varia entre benzodiazepínicos, independente da meia-vida, como nos diz outros autores, mas sim da dose empregada. A classificação Internacional da Organização Mundial de Saúde de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde descreve o estado de saúde de uma pessoa em termos de funções corporais e estruturais, avaliando a capacidade para realização de atividades e participação em situações de vida diária. Qualquer declínio na função pode piorar a qualidade de vida, comprometer a independência e aumentar o risco de mortalidade. Dentre os fatores de risco para o declínio do estado funcional está o uso de benzodiazepínicos; o qual afeta domínios como agilidade, visão e força muscular (PERON; GRAY; HANLON, 2011).

Veronese et al. (2007) dizem que não existe evidência de que os benzodiazepínicos são eficazes quando administrados por longo prazo e adverte que uma tolerância aos benzodiazepínicos pode se desenvolver, necessitando de doses cada vez maiores. Portanto, o tratamento a longo prazo pode ser ineficaz contra a ansiedade, insônia e agitação, tendo na terapia prolongada apenas um auxílio para evitar o risco de sofrer sintomas de abstinência em quem já os usa longamente.

Dailly e Bourin (2008) apontam que outra dificuldade na utilização de BZDs é o risco de dependência. Caso sejam interrompidos bruscamente, uma síndrome de abstinência pode aparecer. Os sintomas de abstinência são basicamente sinais adrenérgicos, convulsões, reações psicóticas até isquemia do miocárdio. Tais reações estão possivelmente ligadas a uma exacerbação adrenérgica, serotoninérgica e colinérgica que foram inibidas previamente pela administração crônica de benzodiazepínicos. Tais autores lembram ainda que estes riscos estão aumentados com a interrupção dos benzodiazepínicos de meia-vida curta, devido a uma rápida redução das concentrações plasmáticas do mesmo. Para eles, os benzodiazepínicos devem raramente ser prescritos a idosos devido à alta morbidade e mortalidade associada a sua utilização nesta população.

A presença da síndrome de abstinência está relacionada com o uso em doses elevadas e por longo prazo. Aqui, a substituição para um benzodiazepínico de ação prolongada se faz pertinente para assessorar a retirada, especialmente na formulação líquida para auxiliar no descalonamento de dose (DELL'OSSO; LADER, 2012).

Mugunthan, Mcguire e Glasziou (2011) sancionam a redução do uso de tais medicamentos, em especial nos idosos, todavia, advertem da retirada de benzodiazepínicos gradualmente e sugerem, por meio de um estudo, o envio de uma carta com orientações sobre as vantagens da cessação da medicação. O efeito de tal conduta foi substancial. Esclarecem ainda que não pareceu haver nenhuma vantagem adicional em qualquer autoajuda, informações e orientações em consultas; diferente do resultado da carta em questão.

Ensaio clínico randomizado que têm investigado intervenções para reduzir o uso de benzodiazepínicos no Reino Unido e Canadá descobriram que esses usuários de longo prazo que receberam uma carta de seus médicos, sugerindo-os uma redução na utilização das benzodiazepinas, somada a quatro folhas mensais de informação sobre a redução da dose e enfrentamento sem medicação, reduziram significativamente a ingestão destas drogas. Outro passo importante é convencer os médicos de que o tratamento a curto prazo é a melhor conduta (COOK et al., 2007).

A Associação Psiquiátrica Americana (APA) concluiu que a idade avançada e o uso de benzodiazepínicos, mesmo em doses terapêuticas, por mais de quatro meses, constituem fatores de risco para desenvolvimento de dependência e déficit cognitivo (CAPONI, 2012).

Dell'osso e Lader (2012) admitem que compostos benzodiazepínicos de meia-vida longa apresentam maior risco de sedação em vigília, prejuízo por causa de acumulação, aumento do risco de quedas e confusão, mesmo em uso a curto prazo. Ainda enfatizam que a indicação de benzodiazepínicos a idosos deve ser feita com cautela, em baixas doses, por curto prazo e com compostos de meia-vida curta, associada a tratamentos não farmacológicos.

Idosos que realizavam atividades mentais, físicas e produtivas em suas rotinas, usavam menos benzodiazepínicos. Além disso, verificou-se que atividades mais passivas, nas quais não havia um esforço mental ou relação social relevante, como assistir televisão, favorecia o uso destas drogas. O estímulo mental e social

pode ser relevante para a preservação da função mental e redução da procura de benzodiazepínicos por idosos. Todavia, outra interpretação vem ser plausível, na qual os benzodiazepínicos seriam sim os responsáveis pelo prejuízo psicomotor que impossibilitaria uma vida mais ativa (BAZIN et al. 2012).

Bossé, Prévile e Vasiliadis (2014) relatam que a utilização de benzodiazepínicos com uma semi-vida longa tem sido associada com comportamentos agressivos, especialmente quando em doses elevadas. Divergindo de muitos, Dell'osso e Lader (2012) acreditam não haver diferença entre os compostos de curta e de longa ação, mas como principal fator de risco a administração de doses elevadas. Diretrizes que determinam o uso adequado dos benzodiazepínicos em idosos recomendam prescrevê-los de forma intermitente, breve e com a finalidade de remissão de sintomas agudos (COOK et al., 2007). Allain et al. (2005) ainda destacam que deve-se administrar benzodiazepínicos em idosos com metade da dose recomendada para adultos não idosos. Portanto, deve-se ter cautela ao empregá-los, cuidando para que sejam preferencialmente de curta ação e por curto período.

O uso prolongado de benzodiazepínicos induz à dependência e tolerância, necessitando cada vez mais de doses maiores. A retirada de tais medicamentos é imperiosa, contudo deve-se ter prudência para que a síndrome de abstinência não seja acentuada. Pacientes que fazem uso a longo prazo e em altas doses estão mais sujeitos à síndrome. Aqui, diferente do orientado, se faz necessário o emprego de um benzodiazepínico de longa, preferencialmente na formulação líquida para assessorar na retirada (ALVARENGA et al., 2014).

Dell'Osso e Lader (2012) orientam que essa administração se faz necessária para auxiliar no descalonamento da dose e minimizar a abstinência. A retirada de benzodiazepínicos é uma tarefa intrincada devido à complexidade dos problemas psicossociais, comorbidades associadas, falta de domínio médico das habilidades de aconselhamento, dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental, falta de reconhecimento de que essa dependência deve ser tratada como todas as outras. Considerando ainda que a maioria dos usuários de benzodiazepínicos são idosos, os quais tendem a enfrentar o isolamento social, a pobreza e outras formas de exclusão para além da sua doença somática (IUBELJ; VIDMAR; IVAB, 2010). Vários autores advertem que a retirada deve ser gradual e sugerem o envio de uma carta

que oriente as vantagens da suspensão da droga, bem como panfletos semanais sobre o tema, sendo de grande auxílio para o abandono do benzodiazepínico.

Os medicamentos existem a fim de trazer benefícios à saúde. Qualquer medicamento que prejudique a funcionalidade e a qualidade de vida do idoso deixa de ser proveitoso. O que não se aclara é se tais atividades restringem a procura de benzodiazepínicos ou se os usuários de tais drogas não são capazes de realizar as atividades acima citadas. O uso inapropriado destes fármacos deve ser repensado, para que, quando empregados, sejam de fato profícuos aos idosos. Ainda são incertos os efeitos, a longo prazo, destes fármacos, podendo haver efeitos ainda desconhecidos pela ciência.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Grande Número de Idosos sem a assistência adequada com abuso de benzodiazepínicos”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

Como já relatado no Diagnóstico Situacional, na comunidade atendida há uma grande quantidade de idosos que já utilizam há vários anos os benzodiazepínicos, de forma indiscriminada. Até algum tempo atrás havia uma prática na unidade de saúde de simples “renovação de receita”, em que os idosos simplesmente deixavam as receitas com seus ACS, e estes conseguiam a renovação da referida receita com os médicos. O primeiro passo para mudar tal realidade foi proibir a renovação de receitas obrigando a população a passar novamente por consultas para avaliar a condição de saúde, necessidade de medicação e ajuste de dosagens.

Nas primeiras consultas de reavaliação já foi possível perceber grande abuso dos benzodiazepínicos, bem como relato de esquemas terapêuticos inapropriados e/ou doses inadequadas. Entretanto, estima-se que grande parte dos idosos da comunidade utilizem tal classe de medicamentos, mas não tenham sido ainda reavaliados e corretamente orientados sobre os efeitos adversos, indicações e formas de utilização da medicação.

Com o aumento da longevidade, surge muitas vezes no idoso, o convívio com as comorbidades. Embora os medicamentos possam proporcionar um benefício terapêutico eficaz, alguns são considerados medicamentos potencialmente inadequados (MPI), definidos como medicamentos de eficácia limitada e / ou efeitos adversos potenciais para o idoso. Muitos podem colaborar para o surgimento de outras comorbidades e prejudicar a função cognitiva (KOYAMA et al., 2013).

De acordo com Huf, Lopes e Rozenfeld (2000), o benzodiazepínico é a classe de medicamento mais prescrita ao idoso. A prevalência do consumo de benzodiazepínicos no Brasil é bastante elevada quando comparada a outros países

(ANDRADE; SILVA; FREITAS, 2004). Pesquisas aferem que 25% a 48% dos idosos consomem psicotrópicos, sendo os benzodiazepínicos os mais utilizados. Advertem ainda que essas taxas podem estar subestimadas, uma vez que até 15% das pessoas idosas escondem ou negam o uso destas drogas (VOYER et al., 2004).

Castro et al.(2013) informa que os benzodiazepínicos estão entre os fármacos mais prescritos no mundo. São empregados especialmente como ansiolíticos e hipnóticos e estima-se que o consumo de benzodiazepínicos dobre a cada cinco anos. Estes hipnóticos agem no sistema nervoso central, modificando aspectos cognitivos e psicomotores do indivíduo. Esta classe de medicamentos pode ser denominada de ansiolíticos, sedativo-hipnóticos, "calmantes". Seus efeitos terapêuticos básicos são a sedação, a hipnose e o relaxamento da musculatura. Suas primordiais aplicações clínicas são em casos de ansiedade associada a alterações sistêmicas, distúrbios do sono, convulsões, espasmos musculares involuntários, dependência de álcool e outras substâncias (TELLES FILHO et al., 2011).

A prescrição inapropriada de benzodiazepínicos entre idosos é uma questão substancial em todo o mundo (HUANG; LAI, 2006). Na maioria dos países de alta renda, os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos que mais crescem no consumo. O uso prolongado não é aprovado e compõe um potencial risco para a saúde pública (NORDFJÆRN, 2012).

Quando se fala em psicofármacos estima-se que aproximadamente 13% dos idosos façam uso de tais medicações, sendo que 8,3% utilizam benzodiazepínicos e 5% antidepressivos. De maneira geral, quase 10% dos consumidores de psicotrópicos têm acima de 65 anos, sendo que a prevalência aumenta com o avançar da idade. Tal constatação tem suscitado inquietação quanto aos gastos demasiados e aos prováveis efeitos indesejáveis (ABI-ACKEL et al., 2017).

Deve-se levar em conta que há no idoso um aumento da sensibilidade do receptor aos benzodiazepínicos. A tolerância a benzodiazepínicos pode ser reduzida devido à maior possibilidade de acumulação (DAILLY; BOURIN, 2008). Seus efeitos adversos tendem a aumentar com a idade. Isto se deve à redução da capacidade de eliminação da droga, gerando maior concentração plasmática e maior tempo de ação (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017). Já são bem documentadas

certas particularidades destes usuários. Idade avançada e sexo feminino são fatores de risco já bem fundados para o aumento dos efeitos indesejáveis no uso de benzodiazepínicos (SIMON; VONKORFF; BARLOW, 1996).

Telles Filho et al. (2011) observaram que, muitas vezes, idosos que faziam uso de benzodiazepínicos consumiam uma dose maior que a prescrita, aumentando a chance do surgimento de efeitos colaterais. Isso aponta para a necessidade de uma maior adaptação das prescrições de benzodiazepínicos no que diz respeito à dosagem, horário e tempo de utilização da droga além de um melhor seguimento do tratamento no idoso, uma vez que se registrou uma desconexão entre o prescrito e a forma de utilização desta classe de medicamentos.

Manthey et al. (2011) revelou em seu estudo que a insônia e a ansiedade são as principais razões que levam os médicos a prescreverem benzodiazepínicos a seus pacientes, enquanto que a idade avançada e ansiedade são as principais razões para seu uso continuado. Já Mugunthan, McGuire e Glasziou (2011) relatam que o emprego mais comum, por longo prazo é em caso de insônia. Nos pacientes com mais de 65 anos, seu uso para tal fim é mais que o dobro comparado às outras faixas etárias.

Peron, Gray e Hanlon (2011) reafirmam que o uso de benzodiazepínicos está associado com pior estado funcional, especialmente se administrado em altas doses e por um período prolongado. É bem sabido que as drogas psicotrópicas que afetam o sistema nervoso central podem por si só aumentar o risco de síndromes geriátricas. Efeitos na cognição, clinicamente relevantes com o uso de benzodiazepínicos, favorecem até mesmo as manifestações demenciais precoces. Tais medicamentos só devem ser usados quando não existirem alternativas viáveis, considerando seus efeitos adversos de curto prazo já conhecidos, somado aos possíveis efeitos em longo prazo ainda não tão bem estabelecidos (KOYAMA et al. 2013).

Diante da realidade vivenciada na UBS Guanabara, bem como dos dados apresentados pela literatura sobre o abuso do uso de benzodiazepínicos em idosos e os riscos e impactos de tal uso, esta foi a população escolhida para realização do Projeto de Intervenção a ser realizado.

6.2 Explicação do problema selecionado

Optou-se por intervir no abuso de benzodiazepínicos pela população idosa. Muitos idosos na comunidade fazem uso da medicação há mais de 1 ano, sem sequer ter feito qualquer reavaliação médica. Tinha-se uma cultura de “renovação automática de receitas”, em que os ACS apenas traziam as receitas ou mesmo cópias das mesmas e os médicos as renovavam.

Além disso, com a ausência do idoso da UBS, percebe-se que muitos podem ter relatos de efeitos colaterais, uso inapropriado de medicamentos devido à polifarmácia, bem como interações medicamentosas não descritas e/ou relatadas adequadamente por parentes/cuidadores ou ACS. Necessitam de uma atenção cuidadosa com a reavaliação clínica bem como explicações detalhadas sobre o risco de abuso de benzodiazepínicos e estratégias para otimizar a terapia medicamentosa.

Contudo, é preciso salientar que há certa resistência da própria população e dos ACS em acabar com a “renovação de receitas”. Como é uma prática antiga, a mudança irá gerar insatisfação inicial, mas espera-se que seja contornada com os resultados positivos almejados.

6.3 Seleção dos nós críticos

O problema selecionado foi o “abuso de benzodiazepínicos por idosos”. Para tal problema foram selecionados os seguintes nós críticos (causas):

- Falta de comparecimento dos idosos à Unidade de Saúde com renovação aleatória de receitas, sem uma reavaliação de cada paciente;
- Polifarmácia no idoso, que pode propiciar interações medicamentosas, dificuldades em conciliar doses e horários, dentre outros.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ abuso de benzodiazepínicos por idosos ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Guanabara, do município Patos de Minas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de comparecimento dos idosos à Unidade de Saúde, com renovação aleatória de receitas, sem uma reavaliação de cada paciente;
Operações	Levantamento do número de idosos da comunidade que utilizam benzodiazepínicos Diagnóstico do problema na comunidade
Projeto	Conhecendo a População
Resultados esperados	Melhor dimensionamento do problema na comunidade, bem como maior conhecimento sobre o número de idosos em utilização de benzodiazepínicos
Produtos esperados	Registrar 100% dos idosos em uso de benzodiazepínicos.
Recursos necessários	Estrutural: Agentes Comunitários de Saúde, Médica, Enfermeira. Cognitivo: Formação Continuada em Saúde, abordando saúde do idoso, disponibilizada pelo MS. Financeiro: Recurso para impressão de fichas de cadastro. Político: Parceria com a Secretaria Municipal de Saúde
Recursos críticos	Político: Adesão do Gestor local.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde - Favorável. Possibilidade de melhor uso dos recursos, com redução de gastos advindos de complicações da saúde do idoso.
Ações estratégicas	Busca ativa pelos ACS em domicílio e orientações durante consultas e procedimentos na unidade de saúde
Prazo	3 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Após 1 ano do primeiro levantamento, será realizado um novo levantamento buscando analisar o número de idosos em uso da medicação, bem como o acompanhamento de cada um dos casos.

Fonte: Autoria Própria, 2018.

Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ abuso de benzodiazepínicos por idosos ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Guanabara, do município Patos de Minas, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Polifarmácia no idoso, que pode propiciar interações medicamentosas, dificuldades em conciliar doses e horários, dentre outros. Alto índice de ingestão errada de medicação
Operações	<ul style="list-style-type: none"> • Palestra sobre o risco do abuso de Benzodiazepínicos • Explicação sobre administração de medicamentos
Projeto	Educação em Saúde
Resultados esperados	Orientar adequadamente a população sobre os riscos associados aos benzodiazepínicos, estimulando a reavaliação médica, bem como esquematizar e explicar a todos os idosos e/ou cuidadores/familiares horários, doses e efeitos das medicações, auxiliando assim no êxito da terapia medicamentosa.
Produtos esperados	Redução de pelo menos 80% da automedicação Orientação de 100% dos idosos sobre a medicação.
Recursos necessários	<p>Materiais: Cartilha com desenhos para horário de tomada de medicamento</p> <p>Organizacionais: Agentes Comunitários de Saúde, Médica, Enfermeira.</p> <p>Cognitivos: Formação Continuada em Saúde, abordando saúde do idoso, disponibilizada pelo MS.</p> <p>Políticos: Parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, Ministério da Saúde com materiais de apoio.</p>
Recursos críticos	Político: Adesão do Gestor local.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde - Favorável. Possibilidade de melhor uso dos recursos, com redução de gastos advindos de complicações da saúde do idoso.
Ações estratégicas	<p>Palestra na UBS (mensalmente)</p> <p>Roda de conversas (Quinzenalmente)</p> <p>Desenhos para pacientes analfabeto (Quinzenalmente)</p>
Prazo	12 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica e Equipe de Enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Mensalmente, os pacientes serão reavaliados durante as consultas médicas. Além disso, durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS os mesmos perguntarão ao idoso e/ou responsável sobre a terapêutica medicamentosa.

Fonte: Autoria Própria, 2018.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os benzodiazepínicos têm tido uso acentuado e crescente em idosos. Não se pode negar os benefícios de seu emprego, especialmente em casos agudos, porém, o que se vê é um aumento na prevalência de seu uso inapropriado. Grande parcela dos idosos utiliza destes fármacos de forma continuada, em altas doses, com finalidades descabidas, muitas vezes dispensáveis. Acredita-se que isso decorra do descaso médico sobre seus riscos, somado ao desconhecimento dos usuários sobre os possíveis prejuízos ofertados com seu uso.

As consequências suscitadas pelo seu emprego inapropriado são muitas, dentre as quais estão a dependência, a depressão, as reações paradoxais, o risco de quedas e fraturas, a predisposição à demência, tudo isso levando ao declínio funcional do idoso. Para tanto, se faz necessário o uso prudente deste fármaco, atentando para a administração em baixas doses, por curtos períodos e dando preferência aos benzodiazepínicos de curta ação. Além disso, estimular tratamentos não farmacológicos, como atividades ocupacionais e físicas contribuem para a redução da procura por tais fármacos. Reconhecer quadros depressivos e ansiosos é indispensável a um bom profissional, contudo é mandatório saber quando e como empregar um benzodiazepínico a um idoso.

Diante disso, espera-se que, com as ações propostas, seja possível evitar o abuso de benzodiazepínicos, bem como orientar adequadamente a população idosa e seus cuidadores ou familiares sobre os esquemas terapêuticos e medicamentosos prescritos, tendo como benefícios a redução da polifarmácia, gastos com medicamentos, redução dos efeitos colaterais e interações medicamentosas, internações e melhorando excepcionalmente a qualidade de vida.

Espera-se, ainda, estimular a equipe de saúde a adotar uma postura proativa em relação ao acolhimento e humanização nos cuidados aos idosos, propiciando assim, um tratamento mais efetivo. Além da identificação de vulnerabilidades assistenciais, deve-se reduzir os custos com internações e medicamentos e diminuir o número de visitas e consultas para renovação de receitas desnecessárias. Estas ações possibilitarão maior oferta de consultas para a população adscrita e redução da demanda reprimida, e, sobretudo, melhoria da qualidade de vida da população idosa.

REFERENCIAS

ABI-ACKEL, Mariza Miranda et al . Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 57-69, Mar. 2017 .

ALLAIN, H.et al. Postural Instability and Consequent Falls and Hip Fractures Associated with Use of Hypnotics in the Elderly: A Comparative Review. **Drugs Aging**. Rennes Cedex-france, p. 749-765. 2005.

ALMEIDA, O.P. et al. Suicide in older men: The health in men cohort study (HIMS). **Prev Med**. v.20, n.93, p.33-8, 2016.

ALVARENGA, Jussara Mendonça et al . Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 6, p. 866-872, Dec. 2014 .

ANDRADE, M. A.; SILVA, M. V. S.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina- Pr, v. 25, n. 1, p.55-63, jan. 2004.

BAZIN F. et al. Engagement in leisure activities and benzodiazepine use in a French community-dwelling elderly population. **International Journal Of Geriatric Psychiatry**. Bordeaux- France, p. 716-721. jul. 2012.

BOSSÉ, C.; PRÉVILLE, M.; VASILADIS, H.. Suicidal Ideation, Death Thoughts, and Use of Benzodiazepines in the Elderly Population. **Canadian Journal Of Community Mental Health**. Montreal, Quebec, Canada, p. 1-13. may, 2014.

BRAGA, I.B. et al. A percepção do Idoso sobre a saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Id Online - Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. v.9, n.26, 2015.

CAMPANELLI, C. M. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. **Journal American Geriatrics Society**. New York, p. 616-631 abr. 2012.

CAMPOS, A.G. Planejamento Estratégico situacional na Atenção Básica: solucionando problemas e reinventando ações. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.22, n.3, p.151-156, 2009.

CARVALHO, Igho Leonardo do Nascimento et al . A intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: uma caracterização em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 129-137, fev. 2017

CASTRO, G. L. G. et al.. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **Revista Interdisciplinar**, Fortaleza-CE, v. 6, n. 1, p.112-123, jan. 2013.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza; MANGAS, Raimunda Matilde do Nascimento. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, p. 2985-2994, out. 2013 .

COOK, Aj. M. et al. Physicians' Perspectives on Prescribing Benzodiazepines for Older Adults: A Qualitative Study. **Journal Of General Internal Medicine**. New York - Usa, p. 303-307. mar. 2007.

DAILLY, E.; BOURIN, M.. The use of benzodiazepines in the aged patient: clinical and pharmacological considerations. **Pakistan Journal Of Pharmaceutical Sciences**. Nantes Cedex 01 - France, p. 144-150. abr. 2008.

DELL'OSSO, B.; LADER, M.. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders?: A critical reappraisal. **European Psychiatry**, London, p.1-14, 2012.

FICK, D. M. et al. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: Results of a US Consensus Panel of Experts. **Jama Network: Arch Intern Med**.. Georgia- Eua, p. 2716-2724. dez. 2003.

FIRMINO, Karleyla Fassarelo 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 .

GEORGE, B.; KUMAR, P.N.S. Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. **Indian J Psychiatry**. v.57, n.3, p.249-54, 2015.

HILGER, E. A. et al. Benzodiazepine use in the elderly: an indicator for inappropriately treated geriatric depression?. **International Journal Of Geriatric Psychiatry**. Vienna- Austria, p. 563-569. out. 2008.

HUANG, W.F.; LAI, I.C.. Potentially inappropriate prescribing for insomnia in elderly outpatients in Taiwan. **International Journal Of Clinical Pharmacology And Therapeutics**. Taipei-Taiwan, p. 335-342. Jul. 2006.

HUF, G., LOPES, C. S. ROZENFEL D, S.. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.351-362, abr. 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades: Patos de Minas. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 12 fev., 2018.

_____. **Censo de 2010**. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 22 mar. 2011.

KIRBY, M. et al. Benzodiazepine use among the elderly in the community. **International Journal Of Geriatric Psychiatry**. Dublin, p. 280-284. abr. 1999.

KOYAMA, A. et al. Ten-Year Trajectory of Potentially Inappropriate Medications in Very Old Women: Importance of Cognitive Status. **Journal Of The American Geriatrics Society**. San Francisco -California, p. 258-263. fev. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 4, p. 750-757, Aug. 2010 .

MARTINS, Gabriela Aires et al . Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 11, p. 2401-2412, Nov. 2015 .

MUGUNTHAN, K.; MCGUIRE, T.; GLASZIOU, P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care:: a systematic review and meta-analysis. **British Journal Of General Practice**. Australia, p. 573-578. set. 2011.

NEUTEL, C. I.; SKURTVEIT, S.; BERG, C.. What is the point of guidelines?: Benzodiazepine and z-hypnotic use by an elderly population. **Elsevier**. Ottawa, p. 893-897. ago. 2012.

NORDFJÆRN, T.. A population-based cohort study of anxiety, depression, sleep and alcohol outcomes among benzodiazepine and z-hypnotic users. **Elsevier**. Trondheim, p. 1151-1157. out. 2012.

PERON, Emily P. et al. Year in Review: Medication Mishaps in the Elderly. **The American Journal Of Geriatric Pharmacotherapy**. Pittsburgh, p. 1-10. fev. 2011.

PRADO, Maria Aparecida Medeiros Barros do; FRANCISCO, Priscila Maria S. Bergamo; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 4, p. 747-758, Dec. 2017 .

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados ao mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.717-724, jun. 2003.

SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 136-140, Feb. 2010 .

SIAB. Serviço de Informação da Atenção Básica. Patos de Minas. 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabfMG.def>. Acesso em 13 mar. 2018.

SILVA, Jerto Cardoso da; HERZOG, Lísia Mânica. PSICOFÁRMACOS E PSICOTERAPIA COM IDOSOS. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 27, n. 2, p. 438-448, Aug. 2015 .

SOARES, M. A.et al. Operacionalização para Portugal: Critérios de Beers de Medicamentos Inapropriados nos Doentes Idosos. **Acta Med Port.**, Lisboa-Portugal, v. 21, p.441-452, 15 abr. 2008.

IUBELJ, M.; VIDMAR, G.; IVAB, V.. Prescription of benzodiazepines in Slovenian family medicine: a qualitative study. **Wiener Klinische Wochenschrift: The Middle European Journal of Medicine**. Ljubljana -Slovenia, p. 474-478. jul. 2010.

TELLES F., P. C. P. et al. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. jul. 2011.

VERONESE, A. et al. Benzodiazepine use in the real world of psychiatric practice: low-dose, long-term drug taking and low rates of treatment discontinuation. **Eur J Clin Pharmacol**: pharmacoepidemiology and prescription. Verona, Italy, p. 867-873. jul. 2007.

VLIET, P. V. et al. Use of benzodiazepines, depressive symptoms and cognitive function in old age. **International Journal Of Geriatric Psychiatry**.Leiden- Holanda, p. 500-508. out. 2008.

VOYER, P. et al. Unconventional indicators of drug dependence among elderly long-term users of benzodiazepines. **Issues In Mental Health Nursing**, Montreal, Quebec, Canada., v. 25, p.603-628, set. 2004.