

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LÍLIA MARIA CRISTINA LIRA DE SÁ BARRETO

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE
BENZODIAZEPÍNICOS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LÍLIA MARIA CRISTINA LIRA DE SÁ BARRETO

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE
BENZODIAZEPÍNICOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Professora: Lucilene Cardoso

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Cuidados de enfermagem ao paciente em uso de Benzodiazepínicos** de autoria da aluna **LÍLIA MARIA CRISTINA LIRA DE SÁ BARRETO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Lucilene Cardoso
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado, incentivando e apoiando no meu crescimento profissional.

Ao meu esposo Márcio e meu filho João Mauriso, que são as minhas fontes de inspiração e motivação, pela tolerância de minha ausência em alguns momentos noturnos e finais de semana, que foram necessários para a conclusão deste curso.

As minhas irmãs Leila e Lívia e meu sobrinho Luiz que mesmo longe são especiais na minha vida.

Aos meus amigos que conquistei no ambiente de trabalho e que se tornaram importantes na minha vida.

Aos pacientes que foram os principais atores de motivação para este estudo.

**Não somos apenas o que pensamos ser.
Somos mais; somos também, o que
lembramos e aquilo de que nos
esquecemos; somos as palavras que
trocamos, os enganos que cometemos, os
impulsos a que cedemos, "sem querer".**

(Sigmund Freud)

RESUMO

Os benzodiazepínicos são medicamentos psicotrópicos de prescrição limitada utilizados para crises agudas de ansiedade, insônia e convulsões. Eles estão entre os medicamentos mais utilizados no mundo inteiro, havendo estimativas de que entre 1 a 3% de toda a população já os tenha consumido regularmente por mais de um ano. Seu uso deve ser orientado pela administração das menores doses terapêuticas, pelo menor período de tempo possível por causa dos riscos de dependência e abuso e seu emprego inadequado está vastamente descrito na literatura e tem implicações individuais e coletivas constituindo objeto de interesse da saúde pública. Assim sendo, o objetivo deste trabalho é elaborar um plano de ação para o desenvolvimento de uma cartilha educativa sobre os principais cuidados de enfermagem a pacientes em uso de benzodiazepínicos, a partir de uma revisão bibliográfica. Através da análise dos artigos científicos relacionados ao tema, foi possível dizer que o consumo de benzodiazepínicos é bastante elevado. Por essas razões se preconiza a boa orientação por parte da equipe de enfermagem ao paciente sobre o uso racional desses medicamentos e a educação terapêutica, com avaliação precisa da indicação e o cuidadoso monitoramento do paciente em uso de benzodiazepínicos.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos, cuidados de enfermagem, saúde mental.

ABSTRACT

Benzodiazepines are prescription psychotropic medications used for limited acute crises anxiety, insomnia and convulsions. They are among the most widely used medicines in the world, with estimates that between 1 to 3% of the entire population has already consumed regularly for over a year. Its use should be guided by the administration of the lowest therapeutic doses, at the lowest possible amount of time because of the risk of dependence and abuse and its inadequate job is widely described in the literature and have individual and collective implications constitute object of interest of public health. Therefore, the aim of this paper is to elaborate a plan of action for the development of an educational primer about the main nursing care to patients using benzodiazepines, from a literature review. Through the analysis of scientific articles related to the topic, it was possible to say that the consumption of benzodiazepines is quite high. For these reasons if advocating good orientation on the part of the nursing staff to patient about the rational use of medicines and therapeutic education, with accurate assessment of the indication and the careful patient monitoring in use of benzodiazepines.

Key-words: Benzodiazepine, nursing, mental health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	
2.1 Geral	12
2.2 Específicos	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	
4.1 Entendendo a saúde mental e a reforma psiquiátrica no Brasil	14
4.2 Os Benzodiazepínicos (BZD)	17
4.2.1 Aspectos farmacocinético / farmacodinâmico	19
4.2.2 Riscos do uso de benzodiazepínicos	23
4.3 Cuidados de enfermagem com o paciente em uso de BDZ	26
4.4 A importância da educação permanente no cuidado em saúde mental	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	
ANEXO	43

1 INTRODUÇÃO

As expressões, transtorno mental ou doença mental, indicam a existência de um conjunto de sintomas psíquicos ou de mudanças no comportamento, que geralmente estão ligados a sofrimento psicológico e prejuízos no desempenho social e ocupacional da pessoa (ABRE – BRASIL, 2007).

Existem vários tipos de doença mental, dentre elas, Nicolau (2006) assegura que, cerca de 1% da população adulta é afetada por alguma forma de esquizofrenia.

A depressão, a mania e o transtorno bipolar são chamados distúrbios ou transtornos do humor. Pesquisas indicam que estes distúrbios afetam aproximadamente 8% da população adulta, a cada ano. Os distúrbios de ansiedade afetam quase 10% da população em geral e podem se apresentar de diversas formas (ALMEIDA, 2009; CAIXETA, 2008).

A variação de hábitos de vida da população vem suscitando numa crescente busca por medicamentos designados a aliviar sintomas como estresse e ansiedade. Essa busca marcante, juntamente com prescrições indevidas de profissionais pouco preparados contribuem para o crescente uso indiscriminado de medicamentos da classe dos benzodiazepínicos (BZDZ), ampliando a possibilidade de reações adversas, intoxicações e também a dependência a esses fármacos.

De acordo com Silva (2009) e Bernik et. al. (2001), os BDZ são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60. O Clordiazepóxido foi o pioneiro no mercado (1960), cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorrelaxantes. Além da elevada eficácia terapêutica, os BDZ apresentaram baixos riscos de intoxicação e dependência, propiciando uma rápida aderência da classe médica a esses medicamentos.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), seus principais efeitos terapêuticos são a sedação, hipnose e relaxamento muscular. As principais aplicações clínicas são em

casos de ansiedade associada a condições cardiovasculares ou gastrintestinais, distúrbios do sono, convulsões, espasmos musculares involuntários, dependência de álcool e outras substâncias.

O uso prolongado de BDZ, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência (FRASER, 2008; WHO, 2003). A possibilidade de desenvolvimento de dependência deve sempre ser considerada, sobretudo na vigência de fatores de risco para a mesma, como uso em mulheres idosas, em poliusuários de drogas, para alívio de estresse, de doenças psiquiátricas e distúrbios do sono (LARANJEIRA; CASTRO, 2009). Também é comum a observação de overdose de BDZ entre as tentativas de suicídio, associados ou não a outras substâncias (FRASER, 2008).

Algumas pesquisas (ALVARENGA et. al., 2008) indicam que existe forte relação entre idade e gênero com o consumo de benzodiazepínicos. As mulheres idosas, além de utilizarem com maior frequência os serviços de saúde, estão mais sujeitas a problemas de caráter afetivo e psicológico, atribuindo a elas quase 30% de prevalência na utilização dessa medicação.

Outras pesquisas (MOLINA; MIASSO, 2008) também relacionam a maior prevalência do consumo de ansiolíticos com trabalhadores que enfrentam longas jornadas de trabalho e ficam mais expostos ao estresse. Essa característica pode contribuir para um início prematuro no uso dessa medicação e o conseqüente uso crônico, através da dependência, em idades mais avançadas.

O consumo de BZD é controlado no Brasil através de sua comercialização e prescrição, incluído na Portaria SVS/MS 344, de 12 de maio de 1998 (MS, 1999), no entanto, permanecem sendo vendidos ilegalmente (CARLINI, 2008) e utilizados de maneira incorreta, a partir de receitas adulteradas, falsificadas, rasuradas e vencidas (NOTO et. al., 2002).

No Brasil existe ainda outro fator que contribui para o uso indiscriminado de medicação psicotrópica. A distribuição gratuita dessa medicação por programas

governamentais, sem maiores medidas de controle, acaba por permitir uma facilidade ao acesso (CRUZ et. al., 2006).

Após a reforma psiquiátrica, podemos perceber que houve uma facilidade de acesso aos psicofármacos, o que pode trazer risco à saúde se não houver um acompanhamento pela equipe de saúde ao usuário desse medicamento podendo vir a ser utilizado por outros membros da família ou de forma indiscriminada pelo próprio paciente.

A idéia de realizar o presente estudo foi baseada na minha experiência em um ambulatório de Saúde Mental do município de Salvador -BA, onde foi observado grande demanda de pacientes em uso dos benzodiazepínicos (BZD), de forma indiscriminada.

A maioria desses pacientes relatava a necessidade do uso contínuo para alívio da ansiedade e indução do sono, e relacionavam o uso a problemas sociais, como o, desemprego, conflitos familiares, baixa auto-estima entre outros.

Considerando a possibilidade de reações adversas, intoxicações e também a dependência a esses fármacos, assim como a escassez de conhecimentos da equipe de enfermagem relacionada aos cuidados de enfermagem a pacientes em uso de benzodiazepínicos, tornou-se de suma importância o desenvolvimento de uma estratégia de educação permanente visando minimizar/solucionar esse problema.

Diante disso, foi pensado realizar um plano de ação para o desenvolvimento de uma cartilha educativa sobre os principais cuidados de enfermagem a pacientes em uso de benzodiazepínicos.

Assim sendo, o presente estudo tem como finalidade contribuir para qualificação do cuidado de enfermagem a pacientes em uso de benzodiazepínicos, considerando os fatores de risco e proteção relacionados a este tipo de tratamento medicamentos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Elaborar um plano de ação para o desenvolvimento de uma cartilha educativa sobre os principais cuidados de enfermagem a pacientes em uso de benzodiazepínicos, a partir de uma revisão bibliográfica.

2.2 Específicos

1. Realizar revisão de literatura em bases de dados científicos sobre fatores de risco e proteção relacionados ao tratamento com benzodiazepínicos e cuidados de enfermagem no tratamento medicamentoso em saúde mental
2. Identificar e descrever procedimentos necessários para a elaboração de uma cartilha educativa sobre os principais cuidados de enfermagem a pacientes em uso de benzodiazepínicos;
3. Elaborar uma plano de ação para o desenvolvimento de uma cartilha educativa sobre os principais cuidados de enfermagem a pacientes em uso de benzodiazepínicos.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção realizado a partir de uma revisão bibliográfica.

Para a elaboração do plano de ação foi realizado uma revisão da literatura sobre os principais métodos para elaboração de cartilhas educativas, uso de benzodiazepínicos e cuidados de enfermagem em saúde mental.

Para a revisão da literatura, foi realizada uma busca nas bases de dados de periódicos científicos LILACS e SCIELO, livros, manuais do Ministério da Saúde do Brasil, utilizando os descritores benzodiazepínicos, cuidados de enfermagem, saúde mental, tratamento medicamentoso. Foram analisados estudos, manuais e livros, publicados durante o período de 2000 a 2014, que abordavam a temática deste estudo: “cuidados de enfermagem saúde” e o “tratamento medicamentoso com benzodiazepínicos”.

Após investigadas as bases de dados, chegou-se ao total de 55 artigos da literatura científica, assim distribuídos: 25 na base de dados Scielo, 20 na base de dados Lilacs e 10 em outros livros consultados

Com a análise destes estudos e manuais foram realizadas reflexões sobre a temática e construído plano de ação para o desenvolvimento de uma cartilha educativa sobre os principais cuidados de enfermagem a pacientes em uso de benzodiazepínicos, enquanto estratégia de educação permanente, voltado para equipe de enfermagem.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ENTENDENDO A SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIATRICA NO BRASIL

A saúde mental pode ser definida como ausência de distúrbio mental ou comportamental; um estado de bem-estar psíquico em que o indivíduo alcançou integração satisfatória de suas tendências instintivas aceitáveis, tanto para si como para seu meio social. (NICOLAU, 2006).

Na visão de Kolb (2000), não existem limites fixos entre saúde e doença no âmbito da saúde mental, visto que, talvez o conceito de doença mental esteja caracterizado, na sua maioria, pelo grau de comportamento diferente dos padronizados.

Tratando-se da prática do cuidado à saúde mental, cogita-se a respeito do conjunto de fatores que leva uma pessoa a ficar vulnerável quando é afetada por alguma situação que abala sua saúde física e mental. São inúmeros os fatores que levam as pessoas a manifestarem seu sofrimento, desequilíbrio e desconforto mental.

Existem vários tipos de doença mental, dentre elas, Nicolau (2006) assegura que, cerca de 1% da população adulta é afetada por alguma forma de esquizofrenia. A depressão, a mania e o transtorno bipolar são chamados distúrbios ou transtornos do humos. Pesquisas indicam que estes distúrbios afetam aproximadamente 8% da população adulta, a cada ano. Os distúrbios de ansiedade afetam quase 10% da população em geral e podem se apresentar de diversas formas.

Fraga (2003 apud PORTELA, 2006, p. 33) salienta que, “pelo fato de a saúde mental estar diretamente relacionada às condições sociais e econômicas, não podemos dicotomizar saúde e doença mental, mas estas devem ser vistas como um processo”.

Cerca de uma em cada seis pessoas apresentam, em algum momento da vida, distúrbios mentais que interferem no trabalho ou nas atividades do cotidiano. Pelo menos 25% das pessoas que procuram ajuda profissional por causas físicas apresentam distúrbios emocionais (LINCX, 2007).

De acordo com estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população precisam de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Quanto a transtornos oriundos do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge aproximadamente 6 a 8% da população, ainda que existam estimativas mais elevadas (BRASIL, 2003).

No Brasil, a política em relação ao tratamento das pessoas com transtorno mental permaneceu atrelada ao modelo europeu do século XIX. Era centrado no internamento em prol do isolamento, de forma ultrapassada. Apenas no final da década de 1980, a partir de transformações no âmbito mundial acerca da saúde mental, e após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, inicia-se no Brasil o movimento da Reforma Psiquiátrica, um movimento histórico de cunho político, social e econômico, que persiste há mais de 12 anos, e prossegue em constante construção, influenciado pela ideologia de grupos dominantes..

É uma grande transformação do atendimento público em saúde mental, oferecendo o acesso da população aos serviços substitutivos, e iniciando-se um processo de desconstrução do modelo hospitalocêntrico. Procura-se uma mudança no modelo de tratamento, preterindo o isolamento e apoiando o convívio com a família e a comunidade.

Assim, em 06 de abril de 2001, foi sancionada a lei 10.216, que propõe a extinção progressiva dos manicômios, e sua substituição por instituições abertas: unidades de saúde mental em hospitais gerais, emergência psiquiátrica em pronto socorro geral, hospital-dia, Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e

outros serviços que preservem a integridade do cidadão. Esta substituição está vinculada aos princípios de inclusão, dignidade, cidadania e solidariedade. Essa lei marca o início de um novo modelo assistencial que respeita as pessoas com sofrimento psíquico como cidadãos. (BRASIL, 2001)

Outra sugestão do Ministério é proporcionar direitos aos usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, e assegurando um tratamento digno e de qualidade ao paciente.

Conforme o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se limita à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo principalmente questões de cunho técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Abrange questões do âmbito jurídico-político e sociocultural. Requer que realmente haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (GONÇALVES; SENA, 2001).

Tem-se verificado nos últimos anos um modelo de atenção que consiste em um modelo aberto e de base comunitária, transformando conceitos históricos centrados na referência hospitalar. Embora com essa evolução no sistema, não quer dizer que o país vive um momento ideal em relação a saúde mental na atenção básica, tampouco nas outras esferas da saúde. Tem-se ainda muito a evoluir nesse sistema, que ainda está em fase inicial de implantação nos municípios brasileiros.

Em 2009 foram habilitados 200 profissionais na área de saúde mental para trabalhar com as Equipes de Saúde da Família. A atenção básica/Saúde da Família é o acesso preferencial de todo o Sistema de Saúde, inclusive no que se refere às necessidades de saúde mental dos usuários. A meta é resgatar a particularidade de cada usuário, a responsabilidade pelo tratamento. É uma aposta na atuação como ator principal o paciente e nessa situação tenta-se romper com a lógica de que a doença é sua identidade e de que a medicação é a única responsável pela melhora.

Na união entre a saúde mental e a atenção básica, o profissional da saúde mental participa de reuniões de planejamento das equipes de saúde da família, realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Tanto o profissional de saúde mental, quanto a equipe se responsabiliza pelos casos e promovem discussões conjuntas e intervenções junto às famílias e comunidades (BRASIL, 2010).

Conforme relatos de Berlink et. al. (2008), a reforma, estabelece, criam condições e organiza novas práticas terapêuticas objetivadas a inclusão do usuário em saúde mental na sociedade e na cultura. Com isso, o sucesso da reforma depende de novas maneiras de clinicar e praticar o tratamento, e conjectura que o trabalhador em saúde, seja ele específico em saúde mental ou não, esteja preparado para realizar essas atividades. Todavia, sabe-se que entre a teoria e a prática há uma distância que nem sempre se revela nos relatórios oficiais encaminhados, periódica e sistematicamente ao Ministério da Saúde.

A fim de que a reforma psiquiátrica se difunda no território nacional, é fundamental que o acolhimento não fique limitado a apenas uma esfera no serviço de saúde. A unidade básica pode atuar conjuntamente com os trabalhadores da saúde mental, aproximando os pacientes com transtornos mentais do serviço destinado a toda população por intermédio do exercício de um acolhimento de qualidade e de comprometimento com a comunidade assistida. Salienta-se que o acolhimento não é o único determinante para a implantação da reforma, e sim um deles.

4.2 OS BENZODIAZEPÍNICOS (BZD)

Para Brunton (2006) e Klasco (2011), são medicamentos que apresentam importantes resultados na redução da ansiedade, na indução do sono, na sedação e no efeito anticonvulsivo. Atuam provocando a ligação do principal neurotransmissor inibitório, o ácido gama-aminobutírico (GABA) a receptores GABA do subtipo GABA-A, que ocorrem em forma de canais de cloreto de múltiplas subunidades, regulados

por ligantes. Intensificam as correntes iônicas induzidas pelo GABA através desses canais, dando potência ao efeito inibitório do GABA.

Geralmente são classificados conforme seu tempo de meia-vida. Os BDZ de ação curta (midazolam) apresentam tempo de meia-vida menor que 6 horas, os de ação intermédia (clordiazepóxido, alprazolam, lorazepam, clonazepam, nitrazepam, bromazepam, clobazam) de 6 a 24 horas e, finalmente, os de ação longa (diazepam, flurazepam) apresentam meia-vida igual ou superior a 24 horas (BRUNTON, 2006; KLASCO, 2011).

Em 1960 o clordiazepóxido foi o primeiro BDZ a ser introduzido no mercado, cinco anos após da descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorelaxantes. Neste período apresentavam grandes vantagens sobre os barbitúricos, que eram utilizados para estas finalidades, porém, possuíam alguns efeitos adversos. Comparados a estes últimos, os BDZ apresentavam poucos riscos de intoxicação e dependência, propiciando numa rápida aceitação por médicos (BERNIK, 2009).

Nos anos seguintes, foram verificados os primeiros casos de uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância, de síndrome de abstinência e de dependência pelos usuários crônicos de BDZ. Estas constatações modificaram a atitude da sociedade com relação aos BDZ que, do auge do entusiasmo dos anos 1970, passou-se à restrição de uso na década seguinte (ORLANDI; NOTO, 2005).

Entretanto, os BDZ estão entre os produtos farmacêuticos mais utilizados no mundo inteiro, havendo estimativas de que entre 1% e 3% de toda a população ocidental já os tenha consumido regularmente por mais de um ano. Em 2001, no mundo inteiro foram consumidas 26,74 bilhões de doses diárias e 6,96 milhões de doses como hipnóticos (ANDRADE, 2004).

Antes da introdução desses compostos na década de 60, os principais fármacos usados no tratamento da ansiedade eram basicamente sedativos e hipnóticos, e incluíam meprobamato, glutetimida, barbitúricos e álcool. Infelizmente, estes compostos apresentam um alto potencial de abuso e um potente efeito depressor respiratório, o que levou a alta incidência de dependência, superdosagens e morte. Embora os

benzodiazepínicos não sejam destituídos de efeitos colaterais ou de potencial de abuso, eles têm uma ampla margem de segurança, sendo a atividade ansiolítica alcançada com doses que não induzem depressão respiratória clinicamente significativa (MINNEMAN; WECKER, 2006, p. 25-36).

Avalia-se que o consumo de BDZ dobra a cada cinco anos. Dentre os vários derivados de BDZ, o diazepam destaca-se com 34 milhões de prescrições já em 1991. Hoje, é o princípio ativo de 50% das prescrições de psicoativos no Brasil e estudos indicam que possa haver maior possibilidade de sobreprescrição ou uso abusivo do que de não adesão a terapêutica (AUCHEWSKI *et. al.*, 2004; BRASIL, 2010b).

Segundo Auchewski *et. al.* (2004), o consumo crescente de BDZ pode ser consequência de período bastante turbulento nas últimas décadas. A insuficiente capacidade da sociedade moderna de suportar o estresse, a velocidade de introdução de novos fármacos no mercado e a pressão propagandística crescente da indústria farmacêutica ou, também, hábitos de prescrição imprópria de médicos podem contribuir para o aumento da procura pelos BDZ.

Estão recomendados para alívio da ansiedade generalizada em curto prazo (duas a quatro semanas somente), em distúrbios de pânico resistentes ao tratamento com antidepressivos e na opção de terapia adjunta com antidepressivos, com o objetivo de evitar piora de sintomas. Ademais, deve ser utilizado para insônia apenas quando for grave, incapacitante e estiver provocando sofrimento extremo ao paciente. São indevidamente usados para sintomas relacionados ao estresse, infelicidade, depressão e psicose (BRITISH..., 2011b).

Seu tratamento deve ser restrito à menor dose possível durante o menor tempo, a fim de evitar dependência física e síndrome de abstinência (BRASIL, 2010b).

4.2.1 Aspectos Farmacocinéticos / Farmacodinâmicos

As diferenças de início, intensidade e duração de efeitos entre os BZD podem ser explicadas por suas propriedades farmacocinéticas. Os BZDs são bem absorvidos

pelo trato gastrointestinal, alcançando uma concentração plasmática de pico em mais ou menos uma hora. Podem ser administrados por via oral, transmucosa, intravenosa e intramuscular. A absorção pode ser influenciada por alimentos, terapia associada e por medicamentos que alteram o pH gástrico (OGA, 2008; FUCHS; WANNMACHER, 2010; GOLAN, 2009).

No momento em que a administração ocorre pela via intramuscular a velocidade de absorção é influenciada por outros fatores. O clordiazepóxido e o diazepam apresentam absorção lenta e errática por esta via de administração, tendo picos de concentração plasmática inferiores aos obtidos pela via oral. Enquanto que o lorazepam possui absorção mais confiável, rápida e completa e o midazolam, por ser hidrossolúvel, é ligeiramente absorvido e bem tolerado por esta via (BERNIK, 2009).

A lipossolubilidade é um atributo importante dos benzodiazepínicos, que possuem uma boa distribuição tecidual e atravessam a barreira hematoencefálica facilmente, já que é ela quem motiva a velocidade de absorção, a rapidez e a extensão da distribuição do medicamento. Compostos mais lipofílicos, como o diazepam, possuem um início de ação mais rápido sendo mais indicados como indutores do sono enquanto que os BDZ que atingem um pico de ação mais lentamente, com declínio gradual da concentração, são mais indicados como ansiolíticos e anticonvulsivantes (OGA, 2008; FUCHS, WANNMACHER, 2010).

Os BDZ podem também, atravessar a barreira placentária acarretando em chances de anomalias congênitas e problemas neonatais. Passam para o leite materno provocando sedação no recém-nascido. (BERNIK, 2009).

A maioria dos BZD liga-se altamente às proteínas plasmáticas, variando de 70% para o alprazolam a quase 99% para o diazepam. Essa característica faz com que fatores que levam a um aumento da fração livre, como estados carenciais, ocasionem uma intensificação do efeito farmacológico. E a quem a meia-vida determina a duração e intensidade de possíveis sintomas de abstinência (OGA, 2008, p. 474; SEIBEL, TOSCANO, 2001, s. p.; CHARNEY et. al., 2003, p. 303-37).

Os BZD de uso clínico têm grande variação relacionada à duração da ação e podem ser divididos em compostos de ação ultracurta, curta, média e longa. Esta classificação está diretamente ligada ao tempo de meia-vida dos medicamentos. Mesmo com essa divisão, atualmente já se conhece que o grau de afinidade com o receptor também pode intervir na duração da ação (RANG, DALE, 2007; VANTOUR, ARZUAGA, 2010; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSQUIATRIA, 2008).

A biotransformação dos BZD acontece, sobretudo, no fígado, pela ação das isoenzimas do sistema do citocromo P450, principalmente as isoenzimas CYP3A4 e CYP2C19. Tais isoenzimas também estão comprometidas com o metabolismo de alguns antidepressivos, tornando preocupante nos casos de uso contínuo dessas drogas, visto que pode acontecer uma redução da taxa de metabolização provocando maiores efeitos de ambas, e aumentando, com isso, o risco de acidentes (OGA, 2008; SEIBEL, TOSCANO, 2001; CHARNEY et. al., 2003; BERNIK, 2009).

De acordo com a biotransformação, os BDZ podem ser divididos em quatro grupos (SEIBEL, TOSCANO, 2001):

- Os compostos pró-nordiazepam, que são formados por N-dealquilação e metabolizados por hidroxilação, como por exemplo, o bromazepam e o diazepam;
- Os compostos de grupo do oxazepam, que são metabolizados por conjugação a um ácido glicurônico, como por exemplo, o oxazepam e o lorazepam;
- Os derivados NO₂-benzodiazepínicos, como por exemplo, o clonazepam e o flunitrazepam;
- Os triazolo-benzodiazepínicos, que possuem vias de metabolização específica, como por exemplo, o alprazolam.

Alguns são transformados em metabólitos ativos, como o N-desmetildiazepam (nordazepam), cuja meia-vida de eliminação é superior a 50 horas, provocando

efeitos cumulativos e ressacas longas quando administrados frequentemente (RANG, DALE, 2007).

Na seleção do BDZ devem ser consideradas as queixas dos pacientes. Pacientes com dificuldade de iniciar o sono, mas que não possuem dificuldade para mantê-lo devem ser tratados com benzodiazepínicos com o início rápido e meia-vida curta como o triazolam.

Enquanto que um de efeito mais prolongado como o flurazepam, pode ser utilizado no paciente que apresenta insônia matinal ou precisa também de efeito ansiolítico durante o dia. Outros benzodiazepínicos, como o diazepam e o alprazolam, são utilizados para aliviar a ansiedade grave e crônica, assim como a ansiedade ligada a algumas formas de depressão e esquizofrenia.

Já a preparação do paciente para métodos invasivos, o midazolam é comumente utilizado com sedativo e amnésico de início rápido e ação curta. Os BDZs facilitam o início do sono e também aumentam a duração global do sono (FUCHS, WANNMACHER, 2010; GOLAN, 2009).

Os metabólitos dos BDZs são expelidos pela urina na forma de glicuronídios ou metabólitos oxidados, e em menor concentração nas fezes. Uma pequena porcentagem é eliminada de forma inalterada na urina (OGA, 2008; GOLAN, 2009).

Quanto aos aspectos farmacodinâmicos, esses medicamentos atuam como moduladores alostéricos positivos interagindo com os receptores ácido gama-aminobutírico (GABA) do subtipo GABA-A que estão localizados no córtex, cerebelo e estruturas límbicas e que são constituídos por cinco unidades diferentes de proteína (duas unidades alfa, duas beta e uma gama) e funcionam aumentando o influxo de íons cloro causando hiperpolarização da membrana e reduzindo a excitabilidade neuronal (OGA, 2008; GOLAN, 2009).

Segundo Rang (2007) e Oga (2008), eles se ligam especificamente na porção alfa do receptor constituindo um complexo entre o receptor de GABA e o canal de

cloreto, aumentando a afinidade do GABA pelo receptor GABA-A acarretando numa maior frequência de abertura de canais de cloreto resultando em hiperpolarização da membrana, inibindo a excitação celular.

Atuam como agonistas alostéricos fracos e só produzem efeito se o sistema GABAérgico estiver íntegro e essa ação, dependente do GABA, faz com que sejam mais seguros do que outras classes, como os barbituratos, que ativam diretamente o canal de cloreto e provocam depressão respiratória, além de apresentarem um maior índice terapêutico (SEIBEL, TOSCANO 2001; OGA, 2008; GOLAN, 2009).

Desempenham um efeito ansiolítico através da inibição das sinapses no sistema límbico, região do SNC que controla o comportamento emocional, caracterizada por uma elevada densidade de receptores GABA-A (GOLAN, 2009).

O uso crônico de BDZ pode desenvolver tolerância. Quanto maior tempo de uso e a dose, maior o risco de desenvolver tolerância. Ela ocorre devido a mecanismos que envolvem neuroalterações como modificações de receptores BDZ, na ligação de GABA ao seu receptor e em mudanças na neurotransmissão de noradrenalina ou serotonina em sistemas onde o GABA interage (SEIBEL, TOSCANO 2001).

Atualmente, circunstâncias como dificuldade da humanidade em tolerar situações de estresse, hábitos de prescrições inadequadas, a introdução de novas drogas, a pressão propagandística da indústria farmacêutica e a grande aceitação devido à acentuada eficácia dos ansiolíticos contribuem para o aumento de casos relacionados ao uso abusivo de BDZ, tendo como efeito dependência e outros problemas relacionados (SILVA, 2006; LACERDA et. al., 2003).

4.2.2 Riscos do uso de benzodiazepínicos

Esses medicamentos são muito eficazes em tratamentos de curto prazo para ansiedade e insônia, porém em longo prazo, os riscos de efeitos adversos como dano nas capacidades cognitivas, problemas de memória, mudanças de humor e

doses excessivas se misturadas com outros medicamentos podem ultrapassar seus benefícios.

A dependência pode ocorrer em poucas semanas ou meses de uso regular. A terapia de manutenção de BDZ apresenta eficácia em transtornos de ansiedade, no entanto, expõe o paciente a um risco expressivo de desenvolver dependência e síndrome de abstinência caso haja interrupção em seu uso (DENIS *et. al.*, 2009).

Os BDZ de meia-vida longa provocam efeito residual durante o dia e várias doses tendem a ser acumuladas. Enquanto que os de ação curta acarretam em mais fenômenos de abstinência (BRITISH..., 2011b).

Furukawa *et. al.* (2009) salienta que existe uma estimativa que a dependência ocorra em quase 1/3 dos pacientes que recebem prescrição regular de BDZ por quatro semanas ou mais. A gravidade de sintomas de descontinuação depende de determinadas variantes ligadas aos BDZ (doses elevadas, longo tempo de uso, meia-vida) e aos pacientes (intensa ansiedade e depressão, história de síndrome de pânico, de abuso de drogas e álcool e de insucesso na retirada do fármaco em outra ocasião).

Pesquisas com pacientes dependentes assistidos por psiquiatras na atenção primária indicam que apenas metade daqueles que tentam suspender o BZD alcançam sucesso (FURUKAWA *et. al.*, 2009).

O tratamento atual para a síndrome de retirada de BZD incide em tratamento apropriado dos sintomas sucessivos de ansiedade e depressão, utilização de esquema de retirada gradativa ou administração de uma dose equivalente de BDZ de meia vida longa caso haja obstáculos na terapia de retirada do BDZ de meia-vida curta. A retirada gradativa de um BDZ de meia-vida longa parece aumentar índices de retirada com sucesso (DENIS *et. al.*, 2009).

Diversas pesquisas indicam que a tolerância aos BDZ se desenvolve quanto aos efeitos sedativos e de falta de motora, mas não com relação ao efeito ansiolítico.

Uma pesquisa de corte sobre a associação entre a primeira prescrição de BDZ em idosos e subsequente internação por causa de quedas evidenciou NNH de 110 a 190. Internações por acidentes de trânsito com pacientes em tratamento com BDZ há dois meses sugerem NNH de 2900 (FURUKAWA *et. al.*, 2009).

Os médicos devem ponderar os riscos e benefícios de prescrever BDZ, pois os riscos aumentam com a idade do paciente. Pacientes idosos são particularmente mais sujeitos a receber BDZ, é mais fácil se perceber os benefícios, mas também mais difícil de descontinuar o uso. Deficiências cognitivas e psicomotoras são ocorrências incontestáveis. Acidentes com veículos motores, quedas e fraturas de quadril têm sido associadas ao uso de BDZ em idosos (VALENSTEIN *et. al.*, 2004, p. 654-61).

Um estudo de prescrições de ambulatório de psicotrópicos sob padrão pela Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto, 2004, constatou que o mais consumido foi o diazepam, com 96,8 DDD/10.000 hab./dia (SEBASTIÃO; PELA, 2004).

Uma análise sobre o uso prolongado de diazepam em idosos atendidos na rede pública de Tatuí, SP, comprovou que 92,8% utilizavam diazepam na dose de 10 mg/dia sob diagnóstico de ansiedade e insônia, por um tempo médio de 60 meses. Os que tentaram não mais utilizá-lo (97,4%) revelaram sintomas de síndrome de abstinência, indicando que a dose empregada e o longo tempo de tratamento não propiciavam elevação de bem-estar, nem seguiam as recomendações de revisões sistemáticas, cujas conclusões são contrárias ao uso contínuo de BDZ de meia-vida longa em idosos, pois benefícios são inferiores aos riscos (CRUZ *et. al.*, 2006).

Números elevados de dispensa de BZD (7,5%) também foram encontradas na atenção primária de Campinas, sendo também constatado longo tempo de uso e esparsas reavaliações dos tratamentos (SANTOS, 2009).

Para Orlandi e Noto (2005), a falta de informação, de explicação, a baixa percepção dos efeitos deletérios e de riscos envolvidos no emprego impróprio destes medicamentos, por parte de médicos, farmacêuticos e usuários, produzem uso aprofundado e irracional.

4.3 Cuidados de enfermagem com o paciente em uso de BDZ

Dentre as diversas atribuições que confere ao profissional de Enfermagem, descrevemos o ato de cuidar, administrar, pesquisar, educar. Cuidar torna-se a base por ser o ato mais primitivo no processo de trabalho, tornando um profissional indispensável do cuidado ao cliente, devendo sempre buscar estratégias que contribua na diminuição de seu sofrimento e de sua dor.

O profissional que “cuida” respeita a pessoa enferma como ser bio-psico-social, valorizando-a como pessoa única e insubstituível, com características e vontade próprias, dignificando-a e elevando-a ao seu mais alto nível.

De acordo com Boff (2009, p. 33):

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

A definição de “cuidar” abrange a prestação atenciosa e continuada de forma holística a uma pessoa enferma, realçando desta maneira o direito a dignidade da pessoa cuidada.

Em função disso, a enfermagem deve buscar metodologias que conduzam a prestação de cuidados com qualidade, que proporcione uma interação eficaz com a pessoa cuidada e seus familiares, de modo que estes depositem toda a sua confiança nos cuidados oferecidos, contribuindo e participando ativamente do processo de recuperação do indivíduo.

O relacionamento terapêutico é um importante instrumento de cuidado que permite a reintegração e reorganização do portador de sofrimento mental. Através do cuidado de enfermagem é possível desenvolver o reconhecimento do sujeito com o potencial

para o autocuidado e desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento do sofrimento.

O enfermeiro é fundamental: conhecimentos, atitudes e habilidades que permitam ao mesmo integrar-se à equipe de saúde e interagir mais com o paciente e a comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, sobretudo, no que se refere à otimização e o uso racional de medicamentos (OPAS, 2002).

A importância do enfermeiro enquanto cidadão e profissional da saúde, durante o uso de BDZs, pode se resumir em tomada de decisões e ações onde este poderá atuar:

- Deve integrar a equipe multiprofissional de atenção à saúde, discutindo alternativas terapêuticas, alertando para interações e para reações adversas, contribuindo para a individualização da terapêutica. (MENDES, 2008);

- Deve orientar o paciente quanto ao tratamento: a que horas e como tomar o medicamento, horário da tomada do medicamento em relação ao horário das refeições, tratamentos não medicamentosos, cuidados gerais; advertências quanto à dose máxima diária, a possíveis interações com outros medicamentos, com álcool, com alimentos, quanto ao risco de suspender o medicamento; orientações sobre o efeito do medicamento: objetivo do uso, início do efeito, o porquê da duração do tratamento; orientações sobre efeitos adversos: quais esperar, quanto tempo duram, como controlá-los, o que fazer se ocorrerem (MENDES, 2008);

- Deve acompanhar os resultados do tratamento: as intervenções da enfermagem estão sendo efetivas? Ocorreram reações adversas? Ocorreram erros de medicação? Como está sendo a adesão ao tratamento? (MENDES, 2008).

4.4 A importância da educação permanente no cuidado em saúde mental

Sabe-se que a incidência de transtornos mentais é bastante alta, e que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as mais procuradas nesses casos, sendo por esse

motivo que o enfermeiro deve estar preparado para esse tipo de atendimento (CAIXETA; MORENO, 2008).

A maioria dos profissionais reconhece como ações de saúde mental apenas a administração de medicamentos psiquiátricos e o encaminhamento do paciente para serviços especializados. Porém, na realidade o atendimento da enfermagem para esses casos deve ir muito além, começando por acolher e escutar o paciente (CAIXETA; MORENO, 2008; GONÇALVES, 2009).

Esses mesmos autores salientam que, deve-se entender que os transtornos mentais não surgem de maneira clara e explícita, precisa-se aprender a identificá-los também nos pacientes que não aparentam ter transtornos mentais. É necessário identificar os pacientes que sofrem exclusão social e até mesmo observar os familiares.

Sinais e sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas são os mais comuns e podem levar à incapacidade e à procura por serviços de saúde (CAIXETA; MORENO, 2008).

Os cuidados de enfermagem em saúde mental devem iniciar já na entrevista, perguntando e ouvindo atentamente não apenas a queixa do paciente, mas sua história de vida, sua cultura, seu processo de adoecimento, seus problemas emocionais e sofrimentos. É imprescindível conversar com o paciente, orientá-lo, visto que, geralmente essas ações são mais eficazes do que iniciar outra via terapêutica nesse indivíduo. Ademais, conversar e orientar a família também são ações relevantes (CAIXETA; MORENO, 2008; GONÇALVES, 2009).

Segundo Almeida (2009), quanto mais confiança o paciente sentir do profissional mais ele se manifestará de maneira sincera e verbalizará as suas dúvidas.

A longo prazo, deve-se acompanhar o indivíduo, sobretudo se este estiver fazendo uso de terapia medicamentosa. Deve-se analisar também se o mesmo está tendo

melhora no seu quadro de saúde mental (CAIXETA; MORENO, 2008; GONÇALVES, 2009).

O enfermeiro pode incentivar o paciente a tomar suas próprias decisões, fazê-lo perceber que ele tem suas capacidades, limites e potenciais a serem explorados. Outro cuidado importante é ajuda-lo a perceber a realidade em que está vivendo (ALMEIDA, 2009; GONÇALVES, 2009).

Os profissionais de enfermagem devem entender que o portador de distúrbio mental é um sujeito ativo, e que apesar de pensar ou agir de forma diferente da maioria, seus pensamentos e desejos devem ser levados em consideração e respeitados na medida do possível. (ALMEIDA, 2009, p. 1-16).

A fim de realizar um acompanhamento eficiente, é fundamental, além de assistir o paciente, investir em reuniões com a família, visitas domiciliares, contato com a escola e/ou trabalho, e também orientá-lo quanto aos centros de cultura e programas de inclusão social, já que sociabilizá-lo com pessoas novas, pode e deve fazer muito bem para a sua recuperação (ALMEIDA, 2009; GONÇALVES, 2009).

Desde o ano de 2003 foram inseridas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) equipes de Saúde Mental. A principal meta é tratar do paciente no contexto familiar, visto que realizar o tratamento isolado da família, das pessoas que o indivíduo tem contato diário, nem sempre apresenta resultados positivos (IDS; USP; MS, 2001; GONÇALVES, 2009).

Portanto, não existe um modelo pronto de atendimento a ser seguido pelo profissional de saúde, compete ao enfermeiro ser criativo e estar disposto a ajudar o paciente, além de procurar se aperfeiçoar e se qualificar a respeito nesse âmbito.

Como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, de atenção, de gestão e de controle social no setor da saúde, o governo federal implantou a política de educação permanente, criando em 2003, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e instituindo em 2004, os Pólos de Educação Permanente (MS, 2003).

O debate sobre a educação permanente dos profissionais passa a ser fundamental e estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O plano de reordenação política de recursos humanos no SUS preconiza a educação permanente no trabalho objetivando alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade regional e em cada nível de complexidade. Destaca que esta qualificação se dá frente a ações concretas do mundo do trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa. Os processos de capacitação do pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

A educação é o processo em que a sociedade atua firmemente sobre o desenvolvimento do indivíduo, a fim de integrá-lo à forma de ser vivente. Trata-se de um processo político situado no tempo e no espaço. Um verdadeiro processo de educação não pode ser estabelecido se não através de uma análise das necessidades reais de determinada população.

O trabalhador, para conseguir uma melhor qualidade de vida, é imposto a trabalhar ao mesmo tempo em que se educa. Com isso, o desenvolvimento com uma educação que corresponda às necessidades das pessoas durante a vida, atrai pessoas comprometidas com a sociedade em que se vive. Para isso, o fenômeno da educação permanente atraiu a atenção de vários educadores.

De acordo com a história, as políticas de educação profissional implementadas no Brasil foram baseadas na formação de técnicos para os inúmeros ramos da indústria, desempenhando o estado brasileiro uma função secundária na capacitação de pessoal para os setores de serviços.

Essa orientação refletiu bastante na formação de técnicos e auxiliares de enfermagem para serviços de saúde, pois resultou numa quase total inexistência de políticas de financiamento com esta finalidade.

Inclusive a formação de trabalhadores de enfermagem de nível superior foi marcada por currículos obsoletos, centrados no modelo hospitalocêntrico, com carga horária excessiva, dissociação entre teoria e prática e entre ciclos básico e clínico, formação que favorece a utilização indiscriminada de tecnologia, prática profissional impessoal e descontextualizada (FEUERWERKER, 2001).

É de suma importância desencadear processos de capacitação de trabalhadores de enfermagem, já que o trabalho de enfermagem é entendido como central para a melhoria da performance e da atenção prestada pelos serviços de saúde.

Assim sendo, a educação permanente é um processo educativo contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, com objetivo de qualificação, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma praxe crítica e criadora (FEUERWERKER, 2001).

No âmbito da saúde mental, a estratégia de educação permanente tem como meta consolidar a reforma psiquiátrica. Para alcançar deste desafio, os clássicos programas de educação continuada, reservados apenas a informar os indivíduos sobre recentes progressos em seu campo de conhecimento, devem ser substituídos por programas mais amplos de educação permanente que objetivem articular conhecimentos profissionais específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde. Assim, a formação da enfermeira passa a demandar programas interdisciplinares de ensino que possibilitem análises mais integradas dos problemas de saúde (TAVARES, 2004).

Três eixos devem sedimentar teoricamente e orientar a formulação da proposta de educação permanente em saúde mental: a organização do trabalho em saúde, com ênfase no processo de trabalho dos trabalhadores da área de enfermagem em saúde mental, tendo como perspectiva sua transformação através da construção de práticas renovadas, em função dos desafios colocados pela necessidade de implementação efetiva dos princípios do SUS; a integralidade da atenção como

princípio (re)orientador das práticas sanitárias e (re)organizador dos serviços de saúde; e, as bases para a construção de uma práxis pedagógica crítica que possa promover a formação de um novo profissional frente às demandas impostas pela necessidade de transformação da política de saúde, como uma forma e potência de explicitar toda a complexidade do processo de trabalho em saúde, assim como possibilitar a apreensão de novas habilidades necessárias à construção de uma prática mais qualificada em saúde mental (AMARANTE, 2003).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise e reflexão dos estudos e manuais encontrados durante a revisão de literatura, definimos um plano de ação para elaboração da cartilha educativa: Cuidados de enfermagem a pacientes em tratamento com benzodiazepínico.

Foram definidas quatro etapas para o planejamento a serem descritas a seguir:

I. Definição dos temas a serem abordados na cartilha

Nessa etapa pretende-se realizar oficinas de discussão com a equipe de enfermagem do ambulatório de saúde mental, a fim de conhecer as reais necessidades e dúvidas em relação a esse tema. Será planejada uma atividade lúdica como geradora da discussão, utilizando a metodologia da problematização. Para a realização da oficina ocorrerá uma pactuação com o gerente do ambulatório e o coordenador de enfermagem para definir os recursos necessários para a viabilização da mesma.

II. Seleção e elaboração dos conteúdos da cartilha

Na segunda etapa pretende-se conhecer o material de apoio disponibilizado pelo Ministério da Saúde e organizações de saúde para o manejo dos benzodiazepínicos. Serão organizadas rodas de discussões e planejamento de leituras do material assim como sistematizações das informações recolhidas, identificando as convergências e divergências das informações descritas no material, ao final serão acrescentadas as sugestões apontadas pelo grupo.

III. Definição de ilustrações

A definição das ilustrações será a terceira etapa que ajudará na composição dos conteúdos, com o objetivo de obter imagens públicas e/ou elaborar ilustrações para tornar a cartilha mais atrativa e dinâmica.

IV. Finalização

Na última etapa ocorrerá uma revisão ortográfica e artística do material elaborado. Posteriormente o material deverá ser encaminhado à gráfica e editoração para os ajustes apontados pelos revisores externos e internos. Após aprovação final da cartilha será reproduzido o material.

Vale ressaltar que a cartilha deve ser considerada como um recurso complementar disponível no processo de trabalho da equipe de enfermagem, tendo como finalidade a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho, tendo as necessidades de saúde da população como mediadora desse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme este estudo, o uso de BDZ atualmente atinge um número preocupante. A busca por medicamentos que aliviem os sintomas de problemas de saúde mental do cotidiano tem gerado um uso crônico trazendo como principal consequência a dependência.

O uso indevido de BDZ parece envolver, além dos pacientes, os médicos que prescrevem a medicação e os enfermeiros, que são os profissionais que ficam mais tempo com o paciente.

Diante disso, acredita-se que o enfermeiro deve ter conhecimento e preparo suficiente para atuar com BDZ e embasados nestes, pode e deve questionar e até se recusar a cumprir a prescrição, quando esta não estiver correspondendo a princípios farmacológicos e aos do Código de Ética.

Nesse sentido, um melhor conhecimento sobre a ação desses medicamentos como causadores de dependência química, bem como uma melhor participação do profissional de enfermagem, podem contribuir significativamente prevendo efeitos danosos e possibilidades de interações farmacológicas, desenvolvendo novos recursos terapêuticos e diagnósticos e programando ações preventivas e eficazes, fundamentadas no fornecimento de informações sobre o modo correto de utilizar esses medicamentos, bem como os males que os mesmos podem acarretar para a saúde.

O resultado final esperado é a viabilização da produção de um material educativo, na forma de cartilha, que auxilie a capacitação de profissionais de enfermagem no cuidado a pacientes em tratamento com benzodiazepínicos nos diferentes serviços de saúde nos quais estes profissionais atuam.

REFERÊNCIAS

ABRE – BRASIL. Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia. **Transtorno mental**, 2007.

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S.; PEPE, V. L. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. **Cad Saude Publica**, v. 10, n. 1, p. 5-16, 2004.

ALMEIDA, A. N. S. Cuidado Clínico de Enfermagem na Saúde Mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 1-16, 2009. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a16.pdf>. Acesso em jan 2014.

ALVARENGA, J. M.; LOYOLA FILHO, A. I.; FIRMO, J. O. A.; COSTA, M. F. L.; UCHOA, E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study-BHAS. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 30, n. 1, p. 7-11, mar 2008.

AMARANTE, P. **Archivos de a saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Ed, 2003.

ANDRADE, M. F., ANDRADE, R. C. C., SANTOS, V., Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 471-79, out/dez 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Projeto Diretrizes: abuso e dependência dos benzodiazepínicos**. Rio de Janeiro, 10 p, 2008.

AUCHEWSKI, L.; ANDREATINI, R.; GALDURÓZ, J. C. F.; LACERDA, R. B. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 26, n. 1, p. 24-31, 2004.

BÉRIA, J. U. Prescrição de medicamentos. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANS, E. R. J., et. al. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**, 3ªed., Porto Alegre: Artmed, p. 143-49, 2004.

BERLINK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas, São Paulo: **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, v. 11, n. 1, mar 2008.

BERNIK, M. A.; ASBAHR, F. R.; SOARES, M. B. M.; SOARES, C. N. Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos. **J Bras Psiq.**, v. 40, n. 4, p. 191-8, 2001.

BERNIK, M. A., **Benzodiazepínicos**: quatro décadas de experiência. São Paulo: Edusp, 248 p, 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [online], 2003. Acessado em jan 2014. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em jan 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema Único de Saúde**. [s.d.], 2009. Disponível em: <www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/other/paho/familyhealth_brazil.ppt>. Acesso em jan 2014.

_____. Ministério da Saúde. **O que é Reforma Psiquiátrica**, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929>. Acesso em jan 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2010**, 2 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 1135p, 2010b.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION AND ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. **British National Formulary**. Benzodiazepines, 61 ed., London: BMJ Publishing Group and APS Publishing, 2011b. Disponível em:

<http://www.medicinescomplete.com/mc/bnf/current/3170.htm?q=benzodiazepines&t=search&ss=text&p=1#_hit>. Acesso em jan 2014.

BRUNTON, I. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. **As bases farmacológicas da terapêutica**, 11 ed., Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006.

CAIXETA, C. C.; MORENO, V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 1 -16, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a16.pdf>. Acesso em jan 2014.

CARLINI, E. A.; FORMIGONI, M. L. O. S. A influência de uma legislação mais restritiva na venda de medicamentos psicotrópicos. **Rev ABP-APAL**, v. 10, n; 1, p. 12-5, 2008.

CHARNEY, D. S.; MIHIC, S. J.; HARRIS, R. A. Hipnóticos e Sedativos. In: GILMAN, A. G.; HARDMAN, J. G.; LIMBIRD, L. E. **As bases farmacológicas da terapêutica**, 10 ed., Rio de Janeiro: McGraw-Hill, p. 303-37, 2003.

CRUZ, A. V.; FULONE, I.; ALCALÁ, M.; FERNANDES, A. A.; MONTEBELO, M. I.; LOPES, L. C. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. **Rev Cienc Farm Basica Apl.**, v. 27, n. 3, p. 259-67, jul 2006.

DENIS, C., *et al.* Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings In: **THE COCHRANE LIBRARY**. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=3114&id=CD005194&lang=pt&dblang=&lib=COC&print=yes>>. Acesso em jan 2014.

FEUERWERKER, L. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. **Cadernos CE**, v. 2, n. 4, p. 11-23, dez 2001.

FRASER, A. D. Use and abuse of the benzodiazepines. **Ther Drug Monit.**, v. 20, n. 5, p. 481-9, out 2008.

FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**, 4 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1282 p, 2010.

FURUKAWA, T.; MCGUIRE, H.; BARBUI, C. Low dosage tricyclic antidepressants for depression. In: **THE COCHRANE LIBRARY**, 2009. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mf=1641&id=CD003197&lang=pt&dblang=&lib=COC&print=yes>>. Acesso em jan 2014.

GALLEGUILLOS, T. U.; RISCO, L. N.; GARAY, J. L. S.; GONZÁLES, M. A.; VOGEL, M. M. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. **Rev. Med Chile**, n. 131, p. 535-40, 2003.

GOLAN, et. al. **Princípios de Farmacologia**, 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 914 p, 2009.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, p. 48-55, mar 2001.

GONÇALVES, R. M. D. A. **Ações dos Enfermeiros em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família**, 2009. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/enfermsaude/atencao_a_saude_Rejane_Maria_Dias_de_Abreu_Goncalves.pdf>. Acesso em jan 2014.

HARDMAN, J. G.; LIMBIRD, L. E.; GOODMAN, A. **Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics**, 10th ed., New York: Mc Graw Hill, 2001.

HERRERA, L. S.; FABIÁN, E. V.; ALÓS, I. V, Freijoso E. Utilización de benzodiazepinas en la atención primaria de salud. **Rev Cubana Med Gen Integr.**, n. 3, p. 137-42, 2002.

HORTA, B. L.; LIMA, M. S.; FALEIROS, J. J.; WEIDERPASS, E.; HORTA, R. L. Benzodiazepínicos: estudo de prescrição em um posto de atenção primária à saúde. **Rev Ass Med. Brasil**, v. 40, n. 4, p. 262-4, 2004.

HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cad Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 351-62, 2000.

INSTITUTO PARA DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE (IDS). Universidade de São Paulo (USP); Ministério da Saúde (MS). **Manual de Enfermagem**, 2001. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf>. Acesso em jan 2014.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**, 7 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

KLASCO R. K., ed. **DRUGDEX System** [Database on the Internet]. Greenwood Village (Colorado): Thomson Micromedex; [1974-2010], 2011. Disponível em <<http://www.portaldapesquisa.com.br/databases/sites?cust=capex&area=csaude&db=drugpoints&publisher=hcs&action=login&authtype=ip&style=capex>>. Acesso em jan 2014.

KOLB, L. C. **Psiquiatria clínica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 2000.

LACERDA, R. B., et. al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 24-31, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n1/a08v26n1.pdf>>. Acesso em jan 2014.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: BERNIK, M. A., editor. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. São Paulo (SP): Edusp, p. 187-98, 2009.

LINCX. **Saúde Mental**, 2000. Disponível em: <www.lincx.com.br>. Acesso em jan 2014.

MARI, J. J.; ALMEIDA FILHO, N.; COUTINHO, E. S. F. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. **Psychol Med.**, n. 23, p. 467-74, 2003.

MENDES, M. F. O cuidar em enfermagem e o paciente crítico. In: **CURSO Técnico em Enfermagem: área III**. Rio de Janeiro: Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos, s/d. mód. 2, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, fev 1999.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: A Secretaria, 2003.

_____. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas**: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento: efeitos de substâncias psicoativas no organismo, 3ª ed., Brasília (DF), 2006.

MOLINA, A. S.; MIASSO, A. I. Benzodiazepine use among employees of a private company. **Rev Latino-am Enfermagem**, n. 16 (esp), p. 517-22, jun 2008.

NICOLAU, P. F. M. **Saúde mental e doença mental**, 2006. Disponível em: <www.psiquiatrianet.com.br>. Acesso em jan 2014.

NOTO, A. R.; CARLINI, E. A.; MASTROIANNI, P. C.; ALVES, V. C.; GALDURÓZ, J. C. F.; KUROIWA, W., et. al. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Rev Bras Psiq.**, v. 24, n. 2, p. 68-73, 2002.

OGA, S. **Fundamentos de toxicologia**, 3 ed., São Paulo: Atheneu, p. 474, 2008.

OLIVIER, H.; FITZ GERALD, M. J.; BABIAK, B. Benzodiazepines revisited. **J La State Med Soc.**, v. 150, n. 10, p. 483-5, out 2008.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em jan 2014.

OPAS. Organização Pan Americana e Saúde. **Uso racional de medicamentos**, 2002. Disponível em: <www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/USO_RACIONAL_DE_MEDICAMENTOS.doc>. Acesso em jan 2014.

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

PATEL, V.; ARAYA, R.; LIMA, M.; LUDERMIR, A.; TODD, C. Women poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Social Science and Medicine**, n. 49, p. 1461-471, 2009.

PORTELA, C. M. **O cuidado ao familiar cuidador de portadores de transtornos de humos na rede básica de atenção à saúde**, 2006, 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

RANG H.P.; DALE M.M. **Farmacologia**, 6 ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

RODRIGO, E. K.; KING, M. B.; WILLIAMS, P. Health of long term benzodiazepine users. **BMJ**, n. 296, p. 603-6, 2008.

SANTOS, D. V. D. **Uso de psicotrópicos na atenção primária no distrito sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada: “uma pedra no sapato”**. 2009. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

SEBASTIÃO, E. C. O.; PELÁ, I. R. Consumo de medicamentos psicotrópicos: análise das prescrições ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. **Seguim Farmacoter**, v. 2, n. 4, p. 250-266, 2004.

SEIBEL, S. D.; JÚNIOR, A. T. **Dependência de Drogas**, 1 ed., São Paulo: Atheneu, 2001.

SILVA, A. P. P.; LELIS, B. C. F.; BRANDÃO, E. S.; MIRANDA, F. A.; AMARAL, G. A.; NETO, M. A. S. **Estudo comparativo do consumo de benzodiazepínicos entre drogarias e farmácia de manipulação na cidade de Goiânia – GO**. Goiás. 27 p. Monografia (Especialização em Farmácia Clínica), Universidade Católica de Goiás. Goiás, 2006.

SILVA, J. A. História dos Benzodiazepínicos. In: BERNIK, M. A., editor. **Benzodiazepínicos: quarto décadas de experiência**. São Paulo (SP): Edusp, p. 15-28, 2009.

SILVA, E. R. B.; OLIVEIRA, K. R. Estudo da utilização e promoção do uso racional de benzodiazepínicos em uma drogaria no município de São Luiz Gonzaga – RS. **Rev. Bras. Farm.**, v. 93, n. 2, p. 153-60, 2010.

SOARES, C. N.; SOARES, M. B. M.; ASBAHR, F. R.; BERNIK, M. A. Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos. **J Bras Psiq.**, v. 40, n. 4, p. 191-98, 2001.

TANCREDI, F. B. **Consumo de medicamentos benzodiazepínicos no Brasil – 1970 a 1985**: análise comparativa de tendências [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 247p, 2006.

TAVARES, C. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 403-10, jul/set 2004.

TEIXEIRA, M. B., et. al. **Manual de enfermagem psiquiátrica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

VALENSTEIN, M., et. al. Benzodiazepine use among depressed patients treated in mental health settings. **Am J Psychiatry**, v. 161, n. 4, p. 654-61, abr 2004.

VANTOUR, Ana Lopez et al. Uso y abuso de lãs benzodiazepinas. **Medisan**, v. 14, n. 4, 2010. Disponível em <<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029->

WANNMACHER, L. Depressão maior: da descoberta à solução? **Uso racional de medicamentos**: Temas selecionados, v. 1, n. 5, Brasília, abr. 2010. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_URM_DEP_0404.pdf>. Acesso em jan 2014.

WHO (World Health Organization). **Women's mental health**: an evidence-based review. *Bull World Health Org.*, v. 78, n. 4, p. 389-92, 2000.

_____. Review Group. Use and abuse of benzodiazepines. **Bull World Health Org.**, n. 61, p. 551-62, 2003.

WORTMANN, A. C.; GRÜDTNER, M. C.; FIALHO, A. F.; JARDIM NETO, J. C.; SCHAEFER, L. G.; SEHN, F., et. al. Consumo de benzodiazepínicos em Porto Alegre. **Rev Ass Méd Brasil**, v. 40, n. 4, p. 265-70, 2004.

ZANDSTRA, S. M.; FURER, J. W.; VAN DE LISDONK, E. H.; VAN'T, H. M.; BOR, J. H.; VANWELL, C., et. al. Different study criteria affect the prevalence of benzodiazepine use. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v. 37, n. 3, p. 139-44, 2002.

ANEXO I

TABELA I - Plano de Ação para elaboração da cartilha educativa

ETAPA DO PLANEJAMENTO	ESTRATÉGIAS PROPOSTAS	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	ATORES ENVOLVIDOS
DEFINIÇÃO DOS TEMAS A SEREM ABORDADOS NA CARTILHA	Realizar oficinas de discussão	Discutir com a equipe de enfermagem a condução das oficinas	
		Planejar uma atividade para gerar discussão	
		Definir recursos	
SELEÇÃO E ELABORAÇÃO DOS CONTEÚDOS DA CARTILHA	Conhecer material de apoio	Viabilizar material para o manejo de benzodiazepínicos	Pesquisador + Equipe de enfermagem
		Organizar rodas de discussão e planejamento de leituras do material	
		Sistematizar as informações recolhidas	
		Identificar as convergências e divergências das informações	
		Acrescentar as sugestões apontadas pelo grupo	
DEFINIÇÃO DE ILUSTRAÇÕES	Definir ilustrações	Obter imagens e ilustrações	
FINALIZAÇÃO DO LAYOUT	Realizar revisão ortográfica e artística do material elaborado	Encaminhar o material para gráfica e editoração.	
		Realizar os ajustes apontados pelos revisores externos e internos	
		Aprovar a versão final da cartilha	
		Reprodução do material	