

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA
E SAÚDE DA FAMÍLIA

**O USO PROLONGADO DE BENZODIAZEPÍNICOS - UMA REVISÃO
DE LITERATURA**

KARLA CAROLINA DO COUTO MENDES

POMPÉU - MINAS GERAIS

2013

KARLA CAROLINA DO COUTO MENDES

**O USO PROLONGADO DE BENZODIAZEPÍNICOS - UMA REVISÃO
DE LITERATURA**

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

Orientadora: Eulita Maria Barcelos.

POMPÉU - MINAS GERAIS

2013

KARLA CAROLINA DO COUTO MENDES

**O USO PROLONGADO DE BENZODIAZEPÍNICOS - UMA REVISÃO
DE LITERATURA**

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

Orientadora: Eulita Maria Barcelos.

Banca Examinadora:

Prof. Eulita Maria Barcelos (orientadora)

Prof. Maria Dolôres Soares Madureira (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: 06/07/13

RESUMO

Os benzodiazepínicos são um dos medicamentos mais utilizados no mundo e no Brasil, e o seu uso cresce cada dia mais, principalmente entre as mulheres adultas e idosas. Mesmo conhecendo os efeitos colaterais provocados em decorrência do uso prolongado dos benzodiazepínicos, os profissionais da saúde, médicos, realizam a prescrição indiscriminada desses medicamentos, tornando um grande desafio que a Estratégia de Saúde da Família enfrenta no seu cotidiano. Esse é um problema que envolve a equipe de saúde, a família e o usuário; sendo influenciado também pela realidade social e familiar na qual o paciente está inserido. O despreparo dos profissionais de saúde e a falta de conhecimento sobre os benzodiazepínicos por parte dos usuários são fatores que contribuem para a disseminação do medicamento. Diante desta situação, o presente estudo faz uma revisão de literatura sobre os benzodiazepínicos e o perfil das pacientes que utilizam essa medicação, com a finalidade de criar estratégias de atendimento que diminuam a dependência medicamentosa de usuários de benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Consumo. Saúde mental.

ABSTRACT

Benzodiazepines are some of the most widely used drugs in the world and in Brazil, and its use is growing more each day, especially among adults and the elderly. Even knowing the side effects caused due to prolonged use of benzodiazepines, health professionals, physicians, conduct indiscriminate prescription of these drugs, becoming a major challenge that the Strategy of Family Health faces in the daily lives. And this is a problem that involves the health team, the family and the user; also being influenced by family and social reality in which the patient is inserted. Unpreparedness of health professionals and the lack of knowledge on the part of the benzodiazepine users are contributing factors to the spread of the drug. Faced with this situation, this study makes a revision of literature on benzodiazepines, and the profile of patients who use this medication for the purpose of creating strategies care that reduce the dependence of drug users in the benzodiazepine Family Health Strategy.

Key words: Benzodiazepine. Consumption. Mental health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 OBJETIVO.....	09
3 ABORDAGEM METODOLOGIA.....	10
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
4.1 Conceituação de benzodiazepínicos.....	11
4.2 Indicações e características dos usuários de Benzodiazepínicos.....	12
4.3 Prescrições dos benzodiazepínicos.....	14
4.4 Pacientes dependentes de benzodiazepínicos: um desafio para a equipe de saúde da família.....	17
5 CONCLUSÕES.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos, disponíveis desde 1960, são a terceira classe de drogas mais prescritas no Brasil, sendo utilizados aproximadamente 4% da população. Usualmente, são prescritos no tratamento de quadros agudos de ansiedade, insônia e crises convulsivas (NORDON *et al.*, 2009). Estima-se que os benzodiazepínicos (BZDs), são um dos medicamentos mais usados no mundo e o seu consumo dobra a cada cinco anos. A vigilância sanitária no Brasil controla sua dispensação através da Portaria SVS/MS 344, de 12 de maio de 1998, mas ainda são utilizados de forma incorreta e ilegal (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

O uso prolongado dos BZDs podem causar efeitos colaterais leves como sonolência diurna, e mais graves como perda da memória e da função cognitiva e desequilíbrio. Os BZDs devem ser usados durante 2 a 4 meses, não devendo exceder este período, pois o paciente fica dependente da sua ação e a dosagem se torna ineficiente, tendo, em muitos casos, que dobrar a quantidade do medicamento (NORDON; HÜBNER, 2009).

De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde cria em 1994 o Programa da Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia da Saúde da Família (ESF), que surge para reestruturar as ações de saúde em novos moldes, substituindo modelos anteriores, centrados no médico e no hospital, visando o bem estar da população e melhoria na qualidade de atendimento nas unidades de saúde. As pessoas passam a ser avaliadas como um todo, na sua realidade sócio-familiar (XAVIER, 2010).

Sendo hoje, a ESF a porta de entrada para o sistema de saúde, esta recebe todas as queixas e necessidades dos pacientes, inclusive os pacientes com transtorno mental que necessitam de acompanhamento com psiquiatra e aqueles que consultam e realizam o acompanhamento só com o médico generalista da unidade. Neste contexto, enfrentamos diariamente a grande demanda dos pacientes dependentes de ansiolíticos e antidepressivos em busca de receitas controladas, grupo que cada vez aumenta mais na comunidade onde trabalho.

A realidade das equipes da Atenção Básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis (BRASIL, 2003, p.2).

Em um breve levantamento, verificamos na unidade que, em média, são atendidas 50 pessoas por mês que usam os benzodiazepínicos mais comuns, sendo que a receita para esses

pacientes são para dois meses; cada vez mais o uso dessa medicação vem aumentando e dependendo da conduta do médico clínico da unidade, o número de pacientes que passam a usar os BZDs é cada vez maior. O perfil dos usuários dos BZDs é, na maioria, constituído de mulheres acima de 20 anos apresentando queixas de ansiedade ou depressão, totalizando 18% da população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que geralmente tem problemas familiares e veem na medicação a resolução dos mesmos. Em contrapartida, apenas 3% são do sexo masculino. Devido ao perfil da comunidade, esta apresenta pouca atividade de lazer e também quase nenhuma atividade de trabalho para mulheres donas de casa, inseridas na comunidade, para ocuparem o tempo ocioso. Percebemos também que o medicamento mais prescrito é o Clonazepam e em seguida o Diazepam.

Conhecer melhor os distúrbios psíquicos alinhados com o perfil dos usuários adscritos e sua patologia é de extrema importância para atuarmos diretamente no alto índice de pacientes dependentes dos BZDs e assim, desenvolvermos ações que diminuam essa dependência medicamentosa, proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes da comunidade.

Dessa forma, a proposta deste trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre as estratégias de atendimento que diminuem o uso de benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família, também levantar o número e o perfil das mulheres usuárias, com o intuito de definir estratégias de atendimento.

2 OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura sobre as estratégias de atendimento que diminuam a dependência medicamentosa de usuários de benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada na elaboração do trabalho foi a revisão narrativa da literatura, uma vez que ela possibilita acessar artigos publicados a respeito do tema proposto pela pesquisa e atende, por conseguinte, ao objetivo delineado.

As revisões narrativas são caracterizadas por publicações amplas, pois há liberdade na pesquisa das fontes de informação utilizadas; não sendo necessário informar a metodologia para a busca das referências e nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. O que constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

A pesquisa em saúde é considerada por Leopardi, (2002) mais do que uma incorporação de conteúdos científicos ao saber cotidiano; é um aprender a perceber, é sentir, é pensar a saúde sobre as condições em que ela se realiza.

Os dados foram coletados no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando as bases de dados SCIELO, LILACS e o portal da Biblioteca Virtual do NESCON. Além disso, os dados utilizados sobre o quantitativo de pessoas que usam os benzodiazepínicos foram obtidos por meio de pesquisa realizada nos prontuários dos pacientes adultos maiores de 18 anos, cadastrados na ESF Barreiro.

A busca dos artigos se deu através dos descritores: uso de benzodiazepínicos em mulheres; benzodiazepínico na atenção primária.

Após o levantamento das publicações, procedeu-se à leitura de todas as publicações encontradas, cujos conteúdos respondiam à questão norteadora proposta. Todas as informações foram retiradas e posteriormente foi elaborada a revisão da literatura que será apresentada a seguir.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Conceituação dos benzodiazepínicos.

Os benzodiazepínicos (BZD), fármacos depressores do sistema nervoso central (SNC), foram sintetizados pela primeira vez por acaso, em meados da década de 1950, pelo doutor Leo Sternbach em New Jersey – EUA. A boa aceitabilidade dessa classe de medicamento no meio médico se deve as características dos BZD: eficácia ansiolítica e hipnótica e também a ausência de efeitos adversos que representam risco de vida ou de toxicidade na superdosagem (FIRMINO, 2008). No final da década de 1970, o Diazepan era um dos medicamentos mais prescritos no mundo inteiro. Os benzodiazepínicos são considerados por Forsan (2010) como o maior grupo de medicamentos sedativos e os mais consumidos mundialmente. A elevada eficácia terapêutica e os baixos riscos de intoxicação, fizeram com que os médicos aderissem a sua indicação.

Os benzodiazepínicos são caracterizados por propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes e miorelaxantes. Estão entre os medicamentos mais prescritos no mundo, muitas vezes sem indicação adequada, constituindo um grave problema de saúde pública. Quando bem indicados, são úteis por apresentarem rápido início de ação, poucos efeitos colaterais e boa margem de segurança (SANTOS *et al.*, 2009 citado por CANCELLA, 2012, p. 18).

Complementando, Mate (2012 p.275) aborda que “os benzodiazepínicos são drogas que causam depressão da atividade motora, caracterizada principalmente, por diminuir a ansiedade e induzir ao sono.” Seu uso não deve exceder de três a quatro semanas, pois tais drogas podem causar dependência.

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em 2001 foram prescritas 6,96 milhões de doses de BZDs como hipnóticos no mundo (CEBRID, 2003). Essa popularização dos BZDs ocorreu desde a sua introdução no mercado, na grande divulgação da indústria farmacêutica, nas modificações que ocorriam na sociedade, no estilo e qualidade de vida na segunda metade do século XX. Com as características desse medicamento, além da ausência das reações adversas que colocassem a vida em risco, os BZDs ajudavam na melhor adaptação individual às mudanças sociais (FIRMINO, 2008). Porém, com essa ampla divulgação e com a experiência médica, logo se percebeu que, apesar de seguros, os BZD não são isentos de efeitos colaterais.

4.2 Indicações e características dos usuários de Benzodiazepínicos

Para Bordim (2012), o aumento no consumo dos benzodiazepínicos é devido à frequência cada dia maior de diagnósticos de transtornos psiquiátricos, à introdução de novos psicofármacos, às novas terapêuticas, à automedicação, à propaganda medicamentosa e muitas vezes, ao tratamento de qualquer sofrimento mental.

“O consumo crescente de medicamentos de uso controlado (psicofármacos) causa grande impacto na economia e na sociedade. O processo de medicalização assim como pressões na indústria farmacêutica faz com que o consumo seja cada vez maior e o uso racional do medicamento não se concretize. Os psicofármacos estão cada vez mais presentes na rotina dos profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde” (NANDI, 2012, p.237).

No cotidiano da Unidade Básica de Saúde, as patologias que se destacam são: ansiedade, depressão, nervosismo e insônia. A maioria dos usuários com estas queixas são do sexo feminino. É o médico generalista quem inicia a prescrição dos benzodiazepínicos acompanhado pelo psiquiatra. Neste sentido, a prescrição desses medicamentos na Atenção Básica precisa ser revista com mais atenção pelos profissionais médicos e pelos gestores, sabendo-se que o consumo desses medicamentos pode trazer dependência se o uso for prolongado.

A ansiedade apresenta-se como um quadro subjetivo e vago, sendo definida por Firmino (2008) como um sentimento desagradável de apreensão ou medo; variando os níveis (normal a excessivo) das reações em resposta a uma situação estressante ou perigosa.

De acordo com o Manual de Condutas Médicas (2003), a ansiedade é uma experiência normal do ser humano, benéfica para sua sobrevivência e melhor desempenho. Quando suas manifestações são desproporcionais ao esperado em intensidade, duração, interferência ou frequência, tornando-se uma experiência desagradável e, em geral, acompanhada de alterações somáticas, é considerada patológica. A ansiedade é a que mais apresenta demanda potencial para os serviços de saúde. A prevalência dos transtornos ansiosos em serviços primários de saúde está entre 26,7% a 39,6% do total de pacientes atendidos.

Em relação à depressão, esta é uma doença que se caracteriza pelo humor depressivo, pela perda de interesse e prazer nas atividades habituais, pela diminuição da energia, com sensação de cansaço, que leva a uma diminuição no ritmo das atividades. Podem estar presentes outros

sintomas como a falta de concentração e atenção, a baixa autoestima, sentimentos de culpa ou inutilidade, pessimismo, alterações do apetite, do peso corporal e alterações do padrão do sono (MANUAL DE CONDUTAS MÉDICAS, 2003).

Em se tratando da indicação dos BZDs, estes são prescritos em várias situações clínicas, exibindo efeitos ansiolíticos-tranquilizantes, hipnótico-sedativos, anticonvulsivantes, miorrelaxantes, indução a amnésia e alterações psicomotoras e pertencem a uma classe lipossolúvel, sendo absorvidos de forma rápida pelo organismo (XAVIER, 2010). Assim, a sua maior aplicação atualmente é no tratamento de possíveis quadros de ansiedade. Mas, vale ressaltar que a prescrição correta dos BZDs deve considerar três aspectos: a necessidade, a intermitência e a curta duração do tratamento. O profissional tem que analisar várias questões como: a história clínica e psicológica do paciente, seus hábitos de vida, a real necessidade do medicamento, por quanto tempo é necessário, e principalmente esclarecer quanto aos riscos dos efeitos colaterais para o paciente (FIRMINO, 2008). Após avaliação dos hábitos do indivíduo, os BZDs devem ser restringidos aos alcoólatras, usuários de outras substâncias que atuam SNC e idosos, por produzirem sedação prolongada.

Segundo a literatura, há muitos usuários medicados com benzodiazepínicos por indicação clínica como os portadores de doenças músculo esqueléticas e neurológicas. Estes usuários raramente desenvolvem abuso ou dependência. Existem aqueles que usam benzodiazepínicos por indicações psiquiátricas, como os pacientes com ansiedade crônica. Clinicamente, são pacientes mais jovens, não manifestam doenças físicas e usam o medicamento por curto período de tempo. E os pacientes que apresentam alterações crônicas do sono geralmente são idosos e do sexo feminino. Estes relutam em se tratar quando desenvolvem a dependência. E finalmente, encontramos um grupo pequeno que abusa e usa de forma indiscriminada e ilícita outras drogas, incluindo altas doses diárias de BZDs (BERNIK, 1999).

Em pacientes grávidas deve-se fazer uma avaliação bem criteriosa, pois, por serem altamente lipossolúveis, os BZDs distribuem-se extensivamente a todos os tecidos e atravessam a barreira hematoencefálica e placentária com facilidade, aumentando a chance de anomalias congênitas e problemas neonatais (AUSTIN; MITCHELL, 1998).

Os benzodiazepínicos constituem uma das classes farmacológicas com maior índice terapêutico (BERNIK, 1999). Em relação aos seus efeitos adversos, embora sejam considerados seguros, existem restrições a sua utilização devido à incidência dos efeitos colaterais, relacionados em sua grande maioria à depressão do sistema nervoso central. O

prejuízo de memória e o de desempenho psicomotor, a dependência fisiológica, comportamental e psicológica são os diversos efeitos adversos encontrados.

Para Mendonça *et al.* (2008) e Barbone *et al.* (1998), os efeitos dos benzodiazepínicos prejudicam o desempenho psicomotor, pois as tarefas nas quais os benzodiazepínicos mais interferem são as que envolvem manutenção da atenção, velocidade de desempenho e precisão ou rapidez de reflexos. Estes também afetam a capacidade de julgamento, sendo que os sujeitos podem não ser capazes de perceber o detrimento de seu próprio desempenho, o que os torna mais vulneráveis a acidentes. Há evidências de que o uso de benzodiazepínicos está associado ao risco de acidentes automobilísticos.

4.3 Prescrição dos benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são medicamentos psicofármacos mundialmente utilizados no tratamento da ansiedade e da insônia. “Por serem de baixo custo e de fácil acesso à saúde pública, têm sido comumente prescritos pelos médicos generalistas, muitas vezes de maneira inadequada, levando assim ao risco de abuso por parte do usuário” (BONAFIM, 2012, p.559).

Há muitos anos, os BZDs vêm se popularizando entre os médicos e principalmente entre os pacientes, que, a cada dia, tornam-se mais dependentes dessa substância, ultrapassando a necessidade fisiológica para a comportamental pelo tempo de uso do medicamento, que, em muitos casos, passam de anos (BERNIK, 1999).

Segundo Nordon e Hübner (2009), o clínico geral normalmente é o primeiro a receber as queixas de fundo psicológico ou psicossocial. Se neste momento for iniciada a prescrição de BZD, de forma errada ou desnecessária, inicia-se um ciclo vicioso que pode durar vários anos. Visto isso, é importante que os clínicos gerais conheçam muito bem os BZDs e que saibam usá-los de forma adequada e com cautela.

Para Huf, Lopes e Rozenfeld (2000, p.352), “o uso de benzodiazepínicos em doses terapêuticas numa base diária por mais de quatro meses constitui fator de risco para o aumento de toxicidade, especialmente déficit cognitivo e desenvolvimento de dependência”.

Vários estudos demonstram que a prescrição dos benzodiazepínicos é mais comum entre mulheres em idade média de 38 a 70 anos e, conforme a idade, o uso aumenta. As queixas mais constantes para a prescrição dos BZDs é a insônia e a ansiedade; isso demonstra a falta

de tempo ou iniciativa dos médicos em indicar tratamentos alternativos para essas queixas. Outro fator de relevância é o perfil das mulheres, muitas têm só o ensino primário ou nenhuma escolaridade, e são casadas ou vivem com seus parceiros (NORDON; HÜBNER, 2009).

Em estudo realizado por Mendonça e Carvalho (2005), verificou-se que o uso de benzodiazepínicos em mulheres acima de 60 anos é intenso, sendo o mais utilizado o diazepam, seguido por outros como: alprazolam, clonazepam, bromazepam e lorazepam. As pacientes passam a controlar o próprio uso dos BZDs, determinando quantos comprimidos tomar, quando devem usar o remédio e precisam ter a quantidade suficiente para se sentirem seguras. Esse uso indiscriminado pode ser uma ameaça à saúde das pacientes dependentes dessa classe de medicamento. O BZD deixa de servir como alternativa de fuga dos problemas do cotidiano e da vida, tornando-se objeto indispensável à vida das usuárias. Isso é de certa forma, causado pelo próprio medicamento, devido ao seu efeito de dependência.

Bonafim (2012, p.559) traçou o perfil da população que consome benzodiazepínicos e constatou que há um consumo crescente principalmente “em idosos, mulheres, pessoas de baixa escolaridade e de baixa renda”. Observou-se que este é um problema de saúde pública no que diz respeito à medicação. “Tanto os familiares quanto os usuários, os próprios profissionais de saúde estão envolvidos no uso indevido de benzodiazepínicos.” Isso decorre da falta de informação aliada “a baixa percepção das consequências deletérias do uso desses medicamentos, somadas ao despreparo dos profissionais de saúde, que são os fatores que mais favorecem este fenômeno”.

Os indivíduos que abusam de BZDs geralmente o fazem para lidar com situações de estresse, na expectativa de que o medicamento irá ajudar a resolver os problemas cotidianos ou então simplesmente por seus efeitos agradáveis, tais como euforia, excitação e maior motivação para realizar atividades cotidianas (MENDONÇA e CARVALHO, 2005). Os autores acrescentam que a iniciação do uso de benzodiazepínico muitas vezes é em decorrência de algum acontecimento na vida do indivíduo, porém, esse pode perder significância frente ao uso prolongado do benzodiazepínico.

O acontecimento determinante do uso é descartado frente aos efeitos dos benzodiazepínicos, a falta destes passa a ser um problema para o paciente, ele torna-se dependente e esta dependência é traduzida pelas pacientes como se o corpo tivesse se acostumado com os

medicamentos, já não podendo mais ficar sem os mesmos, dentro de um significado de necessidade. Observa-se, assim, que o consumo de benzodiazepínicos interage com as questões sociais, pelas exigências de um corpo disciplinado e controlado (MENDONÇA e CARVALHO, 2005).

Orlandi e Noto (2005) enfatizam que, quando são prescritas doses elevadas de benzodiazepínicos de alta potência e de meia vida curta por um período longo, pode-se desenvolver tolerância, abstinência e dependência no usuário.

Embora os autores recomendem que os benzodiazepínicos devam ser utilizados por um curto período de tempo, na realidade, o que é observado é a continuidade do uso por um tempo de tratamento indeterminado. O uso destes medicamentos muitas vezes é acompanhado de abusos, ou uso indevido, em consequência de desconhecimento e/ou automedicação.

O uso de benzodiazepínicos pode se tornar uma ameaça para os pacientes quando se vêm dependentes, sem completo controle sobre seu uso. Ocorre a perda da autonomia, porque não é mais apenas um objeto para servir às pressões da vida cotidiana, aos efeitos imediatos de dormir, esquecer-se das questões que afligem a vida desses usuários. O consumo torna-se então orientado pela necessidade gerada pela própria ação dos benzodiazepínicos, sua dependência (RIBEIRO *et al.*, 2010, p.379).

Diante deste fato, é necessário racionalizar o uso excessivo destes medicamentos que vêm se transformando a cada dia em um problema de saúde pública. Sua indicação deve ser pautada pela administração de doses terapêuticas menores e também por um tempo menor por causa dos riscos de dependência e abuso (SWEETMAN, 2005).

4.4 Pacientes dependentes de benzodiazepínicos: um desafio para a equipe de saúde da família.

Segundo Basquerote (2012.p.217), dentre os psicofármacos, destacam-se pelo consumo “os benzodiazepínicos (BDZ), sendo prescritos principalmente por médicos inseridos na Atenção Primária. Mesmo vendidos controladamente, dobra-se seu uso em cada cinco anos”.

O uso indevido de benzodiazepínicos é um problema muito sério enfrentado no dia a dia pelos profissionais de saúde inseridos na Estratégia de Saúde e que envolve também a família, e diretamente os médicos que são os responsáveis pela sua prescrição. A desinformação do

médico sobre os possíveis efeitos adversos dos benzodiazepínicos, quando usados indevidamente pelo usuário, parece ser um dos principais fatores que favorece este fenômeno que se confirma ao se fazer uma simples conferência do canhoto do bloco de receitas azuis, os benzodiazepínicos são os mais prescritos.

Os fatores que desencadeiam a manutenção da prescrição continuada por alguns médicos devem ser considerados, dentre eles, a tendência à medicalização excessiva do paciente e a onipotência, que compreende a tendência dos médicos em fazer de tudo para melhorar a qualidade de vida do usuário. Este por sua vez, pode manipular a situação, favorecendo o abuso de medicamentos controlados, o que confronta com a característica e dificuldade do médico em “dizer não” quando lhe é solicitada a prescrição de algum benzodiazepínico (BERNIK, 1999).

Para Mendonça e Carvalho (2005), a dependência dos benzodiazepínicos é mais intensa nos idosos, pelo seu uso contínuo, sendo comum entre as mulheres e em pessoas com baixa escolaridade e baixa renda. No entanto, a dependência de benzodiazepínicos não é priorizada nos relatos descritos nos prontuários, existindo a não notificação nos prontuários médicos desse tipo de dependência.

A procura pelo serviço de saúde para a resolução de um problema familiar, econômico e social, pode levar a paciente a sair com outro, a dependência de um BZD. No entanto, a dependência dos benzodiazepínicos aparece como ameaça para as pacientes, pois a ausência do medicamento é um sofrimento, uma tortura.

Um comportamento característico e muito comum do usuário dependente de benzodiazepínico é a “procura da droga”. Os pacientes empregam várias estratégias para adquirir o medicamento controlado, tornando tensa a relação médico/paciente e causando uma situação de desconforto ao médico, que se sente “forçado” pelo paciente a prescrever o medicamento, sem indicação clínica clara. Os profissionais da saúde participam nesses tipos de uso, devido à desatualização sobre os efeitos farmacológicos dos medicamentos, à falta de profissionalismo e ética na relação com o paciente.

Segundo Mendonça e Carvalho (2005), no Brasil, apesar da comercialização dos benzodiazepínicos ser controlada, os mesmos permanecem sendo vendidos ilegalmente, com utilização incorreta a partir de receitas adulteradas, falsificadas, rasuradas e vencidas. Além

disso, seus efeitos colaterais (como a diminuição da atividade psicomotora), suas interações com outras drogas (como o álcool) e a possibilidade de desenvolver tolerância e dependência, nem sempre são esclarecidos pelos médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Acrescenta-se a isso que o controle do consumo de benzodiazepínicos geralmente é muitas vezes falho.

No nosso atendimento diário é muito comum encontrar um grande número de pacientes depressivos e ansiosos, que são usuários crônicos de benzodiazepínicos. Estes pacientes tornam-se dependentes químicos da medicação e demandam um número alto de medicamentos, que poderiam ser substituídos por atividades alternativas e orientações específicas. Mas nem sempre a unidade de saúde tem condições de dar conta dessa demanda, que é contínua, pois os pacientes precisam de receitas controladas de dois em dois meses. “Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa” (BRASIL, 2003.p.3).

Barcala (2012) aborda que, as causas mais comuns de atendimento pela equipe de saúde da família, tanto através de queixas diretas, quanto desviadas para os sintomas somáticos, são as situações cotidianas geradoras de angústia e sofrimento psíquico causado por violência doméstica, dificuldades financeiras, dificuldades de relacionamento conjugal ou familiar, alcoolismo e uso de drogas.

A equipe de saúde da família muitas vezes, encontra-se sem suporte técnico e teórico suficiente para prestar assistência adequada ao paciente depressivo e sua família. É preciso investir em educação permanente dos profissionais, sendo indispensável o incentivo e estímulo às equipes da atenção básica no sentido de produzirem novos saberes em saúde mental (SARTOR, 2012, p.203).

Para Fontana (2012), o despreparo dos profissionais para atender os pacientes com transtorno mental é preocupante e este fato agrava-se à medida que a demanda de cuidados exigidos na atenção básica à saúde tem aumentado, acarretando acolhimento inadequado, comprometendo as necessidades dessa população.

É importante salientar que a inclusão da saúde mental na ESF é algo em construção, exigindo maior investimento dos gestores em recursos humanos e estruturais e na capacitação profissional criando condições que favoreçam a articulação da rede de serviços integrados. (FONTANA, 2012, p.272)

Segundo Bordim (2012, p.195), para que a equipe de saúde da família desempenhe bem o seu trabalho, com reflexos positivos na assistência, é preciso organizar seu processo de trabalho,

capacitar todos os profissionais envolvidos na assistência bem como “ênfatizar a escuta qualificada a fim de se prevenir o consumo excessivo e desnecessário de psicotrópicos, estimulando o auto cuidado, a saúde mental e diminuindo a incapacidade funcional decorrente da reação adversas dos medicamentos”.

Os profissionais de saúde deveriam ser orientados para a educação e orientação do paciente quanto aos aspectos que podem afetar a qualidade de vida, uma vez que a adoção de intervenções para minimizar os agravos decorrentes do uso inadequado de BZDs, a limitação ao acesso e a educação continuada dos profissionais de saúde devem ser metas a serem trabalhadas (FIRMINO, 2008).

Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. A participação efetiva do NASF para atender esta demanda junto com a equipe é de grande valia, o atendimento deve ser multidisciplinar. É necessário que se estimule de forma ativa nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, a inclusão de diretrizes que atendam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas de saúde mental. Esta é uma forma de assumir a “responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo” (BRASIL, 2003, p.6).

Para que as ações de saúde mental sejam incorporadas na atenção básica, é essencial que as equipes sejam capacitadas para a abordagem dos usuários que apresentam transtornos mentais ou sofrimento psíquico. Ribeiro *et al.*(2010), ao abordarem a qualificação dos profissionais da ESF em saúde mental, ressaltam que uma das dificuldades é a falta de iniciativas por parte dos próprios profissionais em buscar conhecimentos e práticas que viabilizem o atendimento, muitas vezes justificada pelo preconceito em relação aos transtornos mentais.

O enfermeiro da ESF deve estar capacitado para prestar o atendimento básico de saúde ao portador de transtorno mental, reduzindo os danos aos envolvidos e evitando, assim, uma internação desnecessária e encaminhar o paciente ao serviço especializado (Centro de Atendimento Psicossocial-CAPS), quando se fizer necessário. “O enfermeiro também deve estar preparado para conduzir a comunidade e a família visando à inclusão do paciente com transtorno mental em diversas formas de organizações populares, construindo novos espaços de reabilitação psicossocial” (RIBEIRO *et al.*, 2010, p.379).

A equipe de saúde da família, em uma de suas funções, possibilita a recriação das relações existentes entre a família, a sociedade e o paciente, valorizando o indivíduo e auxiliando a sua re-inserção na sociedade. Esta estratégia de atendimento vem possibilitar a inclusão dos portadores de transtornos depressivo/ansiosos no nosso dia a dia de trabalho.

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde devem romper com os seus próprios preconceitos e mudar seu modo de ver o paciente para “desempenhar a sua função e exercer o comprometimento com o outro precisa adquirir um pouco de desprendimento para conseguir realizar um trabalho em prol desses usuários e seus familiares” (RIBEIRO *et al.*, 2010.p.381).

Nessa perspectiva, a ESF Barreiro vem atrelando a renovação de receitas de BZDs a consultas médicas, evitando somente a confecção da receita sem a presença do paciente, o que dificulta a disseminação do medicamento sem um controle, como era feito antes. No entanto, os pacientes reclamam, pois dizem que não precisam de consulta só da receita. Essa atitude promove a discussão da dosagem do medicamento utilizada e da possível suspensão ou troca da droga. Assim, também realizamos encaminhamentos desses pacientes para atendimento com a psicóloga do NASF para dar suporte no “desmame” dos BZDs.

Com essas ações provocamos outros problemas, como o aumento da demanda de consultas clínicas a serem agendadas e a sobrecarga de serviço para o único médico na unidade; levando ao descontentamento dos dependentes da medicação pela demora em conseguir sua receita. Outro fator também é a não adesão dos pacientes ao acompanhamento individual ou em grupo com a psicóloga; a grande maioria só está interessada na receita para adquirir o remédio. Uma alternativa pensada é a organização de oficinas de trabalho manuais e grupos para discutirem seus anseios e dificuldades. Estas atividades seriam dirigidas pela enfermeira que já tem um vínculo já estabelecido com as pacientes e que vai facilitar o relato das questões que estão afligindo-as.

Palestras, passeios, inserção das pacientes em grupos já existentes na comunidade são atividades que também vão preencher a ociosidade vivenciada pelas pacientes. (MARCOS, 2012).

As manifestações artísticas têm-se aproximado progressivamente de ambientes de atenção e cuidado à saúde e de espaços terapêuticos, com destaque para as diversas iniciativas pelo Brasil, tanto em laborterapia e as oficinas terapêuticas são exemplos desse enlace ativo no cuidado e na assistência as pessoas com distúrbios psicológicos. Nesta mistura as pessoas

se reconstróem, reavaliam suas situações de vida e seus valores; procuram um novo equilíbrio e têm a chance de recriar suas vidas (MARCOS, 2012 p.288).

Maia (2011) enfatiza que com seus princípios de acolhimento, humanização, integralidade, adscrição de clientela, promoção e prevenção de agravos à saúde, significam importantes aliados à equipe tendo em vista que permite que o paciente seja acompanhado por equipe conhecedora de suas origens, sua família e seus costumes.

Persistir no controle mais rigoroso na confecção das receitas controladas, conscientizar o profissional médico sobre a disseminação medicamentosa e instruir os pacientes sobre os malefícios do uso prolongado dos BZDs ainda é a melhor alternativa para reduzir essa utilização desordenada que atinge a sociedade moderna.

Para Stup (2012, p.258) a atenção integral à saúde mental pela equipe multiprofissional é “fundamental para promover nos pacientes o autocuidado em relação ao uso abusivo de psicofármacos, prevenindo assim prejuízos para a sua saúde e melhoria da vida familiar, social, profissional atingindo maior equilíbrio físico, mental e espiritual”.

5 CONCLUSÃO

O uso indevido de Benzodiazepínicos nas unidades básicas de saúde é um problema de Saúde Pública que envolve os usuários, a família e os profissionais de saúde. Percebe-se que cada vez mais aumenta o número de pacientes que buscam o atendimento médico com o único objetivo de obter um medicamento para dormir ou para adormecer seus problemas sociais, econômicos e familiares. A falta de informação aliada à baixa percepção das consequências e, o despreparo profissional, é um dos principais fatores que favorece este fenômeno. Muitas vezes os integrantes da Estratégia de Saúde da Família não se mostram capazes de identificar os problemas dos pacientes que abusam da medicação e, mesmo quando os identificam não são capazes de fazer uma abordagem adequada ou oferecer outra estratégia de tratamento senão a medicamentosa. Este é um importante problema que vivenciamos no dia a dia, a medicalização, muitas vezes exacerbada.

Devemos buscar estratégias de atendimento criando um espaço de orientação na Unidade Básica a cerca da ansiedade e depressão, objetivando sensibilizar os profissionais de saúde e levar conhecimento ao paciente. Oficinas terapêuticas em parceria com a psicóloga e psiquiatra do NASF. Elaborar um plano de acompanhamento e monitoramento da administração do medicamento, desta forma, eles terão mais possibilidade de usar corretamente a medicação e de não fazer um uso nocivo da mesma. O objetivo é que os pacientes depressivo/ansiosos, os poliqueixosos e os frequentadores assíduos do serviço de saúde possam ter a oportunidade de receber uma abordagem que não se restrinja à prescrição de um benzodiazepínico, mas que possam ser escutados em seu contexto social e ser respeitados com suas singularidades.

REFERÊNCIAS

- AUSTIN, M.P.; MITCHELL, P.B. **Psychotropic Medication in Pregnant Women: Treatment Dilemas**. Med. J. Aust., 169: 428-431, 1998.
- BARBONE, F.; MCMAHON, A.D.; DAVEY, P.G.; MORRIS, A.D.; REID, I.C.; MCDEVITT, D.G; MACDONALD, T.M. **Association of Road-Traffic Accidents with Benzodiazepine Use**. Lancet, 352:1, 331-1 336, 1998.
- BASQUEROTE, M. Benzodiazepínicos: causas para o uso suas consequências na vida da população. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância. **Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso**. Florianópolis: Universidade de Santa Catarina. 2012
- BARCALA, R. de S. Saúde mental na Atenção Básica: um levantamento epidemiológico em um centro de saúde da família, Chapecó, Santa Catarina. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância. **Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.
- BERNIK, MA. Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência; São Paulo: EDUSP, 1999. 242p.
- BONAFIM, Grace. Keli. A prescrição de benzodiazepínicos e o uso abusivo: traçando um perfil de médicos e usuários. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância. **Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012
- BORDIM, D, C. Consumo de psicofármacos por usuários da unidade de saúde do bairro São Pedro da área 30: revisão de prontuários. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância. **Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica - o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2013.
- CANCELLA, Daniella Cristina Braga. **Análise do uso de psicofármacos na Atenção Básica Primária: uma revisão literatura**. UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2012.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID) - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). Departamento de Psicofarmacologia. *Haja ansiedade. Haja insônia*. **Bol. CEBRID**, v. 47, n.11 jan/fev/mar de 2003. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/cebrid/boletimcebrid47.htm>. Acesso em: 15 mar. 2013.

FIRMINO, K.F. **Benzodiazepínicos: Um estudo da indicação/prescrição no município de Coronel Fabriciano – MG – 2006**. Belo Horizonte, 2008. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Farmácia – Universidade Federal de Minas Gerais.

FONTANA, K.C. O enfermeiro no Cuidado em Saúde Mental. Especialização em Saúde da Família. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância. **Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012

FORSAN, M.A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das praticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. 2010. 25p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649.pdf Acesso em: 31 de jan. de 2013.

HUF, G; LOPES, C.S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n.2, abr-jun, p. 351-362, 2000.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na Saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. 290p.

MAIA, J.L. **Análise da importância da estratégia da saúde da família na assistência a saúde mental**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2011. 76p.

MANUAL DE CONDUTAS MÉDICAS – **Programa de Saúde da Família/Instituto para Desenvolvimento da Saúde**. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília, 2002. 461p.

MENDONÇA *et al.* Medicalização de mulheres Idosas e Interação com Consumo de Calmantes. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.95-106, 2008.

MENDONCA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) [online], v.1, n.2. 2005

MARCOS, M.L.A arte é o remédio: arte e saúde mental no contexto da Saúde Mental. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância. **Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso.** Florianópolis: Universidade de Santa Catarina. 2012.

MATE, L.M. Uso irracional de benzodiazepínicos: revisão bibliográfica. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância. **Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso.** Florianópolis: Universidade de Santa Catarina. 2012

NANDI, Ádila Carara. Utilização de psicofármacos na Atenção Básica de Saúde. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância **Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso.** Florianópolis :Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.

NORDON, D.G.; HÜBNER, C.V.K. **Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais.** Diagnóstico e tratamento; 14(2), abr – jun, 2009.

NORDON, D.G; AKAMINE, K.; NOVO, N.F., HÜBNER, C.V.K. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista Psiquiátrica RS.** 2009, 31(3).

ORLANDI, P.; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino-am. Enfermagem**, v.13, número especial, outubro, 2005.

RIBEIRO, L. M.; MEDEIROS, S. M.; SAMI, J. A.; FERNANDES, S. M. B. A. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.2, p. 376-82, 2010. Disponível em: www.ee.usp.br/reesp. Acesso em: 28 mar. 2013.

ROTHER, Edna Terezinha. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Acta paul. enferm. [online]. 2007, v. 20, n.2, pp. v-vi.

SANTOS, Renata Castro. **Perfil dos usuários de psicofármacos atendidos pela estratégia Saúde da Família na zona urbana do município de Presidente Juscelino.** 2009. 31 f. Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de

Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2009.

SARTOR, Greicy Mara. **Depressão: um desafio na atenção básica**. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância **Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso**. Florianópolis:Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.

SAÚDE, Secretaria Municipal de. SIAB – **Sistema de informação de atenção básica**. Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2012.

STUP. Erica Fernandes. Uso abusivo de medicamentos psicotrópicos pelos pacientes cadastrados no programa de saúde da Família no Município de Sangão, Santa Catarina, Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância **Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso**. Florianópolis:Universidade Federal de Santa Catarina. 2012

SWEETMAN, S.C. **Martindale: The Complete Drug Reference**. 34rd. London: Pharmaceutical Press, 2005.2756p.

XAVIER, I.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura**. Belo Horizonte, 2010. Trabalho de conclusão de curso – Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Universidade Federal de Minas Gerais.