



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Cesar Augusto de Araujo Marcelino

Medidas para redução do uso abusivo de benzodiazepínicos em Senador Camará, Rio de Janeiro-RJ

Florianópolis, Janeiro de 2023

Cesar Augusto de Araujo Marcelino

Medidas para redução do uso abusivo de benzodiazepínicos em
Senador Camará, Rio de Janeiro-RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Pollyana Bortholazzi Gouvea
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Cesar Augusto de Araujo Marcelino

Medidas para redução do uso abusivo de benzodiazepínicos em
Senador Camará, Rio de Janeiro-RJ

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**

Coordenadora do Curso

Pollyana Bortholazzi Gouvea

Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Sabe-se que os benzodiazepínicos além de possuírem alto poder de dependência, também estão relacionados a uma cultura de enfrentamento da insônia da maneira mais rápida, sem antes tentar outras terapias alternativas menos nocivas ao organismo a longo prazo, fazendo com que o consumo deste tipo de medicamento crescesse exponencialmente nos últimos anos. Assim, o elevado número de pessoas que fazem uso abusivo e/ou descontrolado de benzodiazepínicos passou a ser considerado um problema de saúde pública. Em 2003, o número estimado de pessoas utilizando os benzodiazepínicos já estava em torno de 50 milhões em todo mundo segundo, sendo que grande parte dessas pessoas sequer realizam acompanhamento nas unidades de saúde. Atuando como médico na unidade de saúde CMS Dr Eithel Pinheiro de Oliveira Lima em Senador Camará, Rio de Janeiro –RJ há aproximadamente 1 ano e meio pude observar o grande número de usuários que se enquadravam nesse problema e que exigia algum plano de intervenção acerca desta temática, com o intuito de promover a redução de danos. Diante deste cenário, este projeto de intervenção tem como objetivos principais: identificar os usuários que estão em uso e o motivo pelos quais foram prescritos benzodiazepínicos e identificar aqueles que encontram sem controle ou em uso abusivo dos mesmos, para posteriormente iniciar estratégias de desmame das medicações caso seja necessário. Como resultados desse trabalho, espera-se alcançar a identificação de 90% dos usuários, e reduzir em 80% o consumo destes medicamentos nos pacientes que forem identificados o consumo abusivo ou inadequado ao diagnóstico do paciente.

Palavras-chave: Benzodiazepinas, Detecção do Abuso de Substâncias, Medicamentos de Uso Contínuo, Psicotrópicos, Uso de Medicamentos

Sumário

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

1 Introdução

O tema que abordaremos nesse trabalho é um tema que vem crescendo nos dias atuais, um tema complexo porém que tem que ser discutido afundo, pois a cada ano que passa, aumenta o número de usuários dependentes de medicações como os benzodiazepínicos e psicotrópicos nas unidades de atenção básica.

Os medicamentos psicotrópicos, psicofármacos ou fármacos psicoativos, são um grupo de substâncias químicas que atuam sobre o sistema nervoso central, afetando os processos mentais e alterando a percepção, as emoções e/ou os comportamentos de quem os consome. São por isso receitados pelo médico para o tratamento de algumas doenças do foro mental, sendo eles divididos em grupos: Os Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos; grupo de medicamentos que têm como principal indicação o tratamento da ansiedade e/ou a indução ou manutenção do sono. Alguns podem também ter uma ação antiepiléptica. São exemplos destes fármacos as benzodiazepinas (como o diazepam, o alprazolam e o lorazepam, entre outros). Os Antipsicóticos; são fármacos que além de serem eficazes no controle dos sintomas das psicoses (como delírios e alucinações), possuem outros efeitos que justificam a sua utilização em situações bem definidas pelo médico. Podem ainda ser receitados pelo médico em caso de alterações do comportamento; tétano; porfiria; dor neuropática; alergia e comichão. São exemplos destes fármacos a risperidona e a quetiapina. Os Antidepressores; os medicamentos antidepressores estão indicados no controle dos sintomas das perturbações depressivas do humor. São os comuns “medicamentos para a depressão”. São exemplos a fluoxetina, a sertralina e o escitalopram. O Lítio; É indicado para o tratamento e prevenção da mania, doença bipolar e depressão recorrente, no comportamento agressivo ou automutilante.

A unidade em que atuo se chama CMS Dr Eithel Pinheiro de Oliveira Lima e se encontra localizada em uma comunidade na zona oeste do Rio de Janeiro, chamada Vila aliança, essa comunidade faz parte do território do bairro Senador Camaráque e, segundo dados do IBGE, em 2010 possuía aproximadamente 105.000 habitantes.

É uma área de extrema vulnerabilidade social, caracterizada pelo domínio e conflito gerado pelo poder paralelo, financiado pelo tráfico de drogas na região. Minha unidade é tipo B (mista), com uma área cadastrada e acompanhada pela ESF, com 4 equipes e outra área adstrita sem cadastro que é atendida pelo que chamamos de “setor do posto”, na área coberta temos aproximadamente 15.200 pessoas cadastradas, e na minha equipe, em específico, temos 3.780 pessoas, e após 1 ano e 3 meses atuando na unidade, um número que me chamou a atenção foi a quantidade de pacientes que necessitam cuidados especiais em relação a saúde mental. Em uma breve pesquisa no prontuário eletrônico, foi possível identificar que 13% dos pacientes cadastrados na minha equipe possui pelo menos 1 diagnóstico relacionado a saúde mental, sendo mais prevalentes os diagnósticos de episódios

depressivos, distúrbios do sono, transtorno de ansiedade, transtornos mentais devido ao uso de álcool, transtorno de pânico. Esse número chama ainda mais a atenção quando confrontado com o número de pacientes que retiram medicação psicotrópica na farmácia, que aponta para 16% dos usuários da minha área, ou seja, esse número demonstra que existem mais usuários buscando medicação sem um devido diagnóstico no prontuário eletrônico, o que poderia levar a equipe a ofertar um melhor cuidado uma vez que sabemos que o paciente possui tal doença.

Desta forma, justifica-se este projeto pelo fato de termos um centro de referência em saúde mental próximo a região que é o CMS Waldyr Franco em que alguns pacientes de saúde fazem acompanhamento psiquiátrico, recebem tratamento lá, recebem suas prescrições e muitas das vezes buscam a medicação em nossa unidade que é mais próxima de suas residências, e outra vertente que poderia explicar esse fato, é de que muitos pacientes somente fazem o uso de repetição de prescrição, ou seja, em algum momento foi diagnosticado, foi prescrito e desde então só vem repetindo o regime terapêutico sem um devido acompanhamento.

Essa prática já era bem comum quando cheguei na unidade, devido à ausência de profissionais médicos, e como a demanda era muito grande para que os profissionais atuantes pudessem absorver e acompanhar todos esses pacientes, então somente eram renovadas as receitas, sendo que em muitas das vezes os médicos sequer conheciam esses pacientes.

Neste último ano, ocorreu a chegada de novos médicos para a unidade e essa prática vem diminuindo gradualmente, inclusive com a utilização de listas para organização do processo de trabalho, nestas listas constam os pacientes de cada equipe que possuem algum diagnóstico de saúde mental.

Nesse contexto, acredita-se que o maior problema se encontra nos benzodiazepínicos (BZD) pelo grande poder de dependência que essa droga possui, são drogas hipnóticas e ansiolíticas bastante utilizadas na prática clínica. As drogas ansiolíticas diminuem a ansiedade, moderam a excitação e acalmam o paciente, o mecanismo de ação se baseia na atuação nos sistemas inibitórios de neurotransmissão do ácido-gama-amino-butírico (GABA), além de provável ação direta na indução do sono não REM. Os hipnóticos e ansiolíticos tipo BZD melhoram a eficiência do sono por diminuir sua latência, aumentar o tempo total de sono e por diminuir o número de despertares durante a noite. Embora de uso seguro, problemas como dependência, tolerância e abuso são descritos. Por essas razões se preconiza a boa orientação ao paciente, com avaliação precisa da indicação e a cuidadosa monitorização do paciente em uso de BZD, entrando em convergência ao que esse estudo pretende mostrar.

Estudos epidemiológicos realizados em outras regiões do país e também estudos globais corroboram a dimensão do problema que não é exclusivo da localidade em que estamos realizando o trabalho. De acordo com a OMS, em seu 'Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020', uma em cada dez pessoas no mundo sofre de algum transtorno de saúde

mental. Estima-se que as doenças mentais e neurológicas atinjam aproximadamente 700 milhões de pessoas e representem 13% do total das doenças do mundo, correspondendo a 1/3 das doenças não transmissíveis. Cerca de 350 milhões de pessoas deverão sofrer de depressão e 90 milhões terão algum distúrbio pelo abuso ou dependência de psicotrpicos, no período 2013-2020.

Em 2010, o Ministério da Saúde divulgou que no Brasil, no mínimo 23 milhões de pessoas (12% da população) usam ou usarão, pelo menos uma vez, os serviços de saúde mental. Neste contexto, observa-se a ampliação das indicações terapêuticas, decorrente tanto da medicalização da sociedade, influenciada pela indústria e por algumas sociedades médicas, quanto do surgimento de novos fármacos, e conseqüentemente, o crescimento da utilização de medicamentos psicotrpicos. ...

A partir desta organização e conhecendo a quantidade de pessoas que fazem uso dessas medicações, chegamos a questão principal desse trabalho que se refere aos motivos pelos quais o número de pacientes em uso de psicotrpicos é tão elevado e quais fatores estariam associados a isso? Qual a melhor abordagem para enfrentamento desse problema? Quais as conseqüências a longo prazo que esse problema pode causar?

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Propor estratégias para diminuir o número de usuários em uso de benzodiazepínicos sem controle.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os usuários que estão em uso de benzodiazepínicos e o motivo pelo qual foram prescritos;
- Realizar um levantamento dos usuários que fazem uso de benzodiazepínicos sem qualquer controle;
- Realizar ações para desmame da medicação quando identificado uso abusivo.

3 Revisão da Literatura

Segundo [CHAVES \(2009\)](#), a prática da automedicação como forma de autocuidado é considerada tão antiga como a própria história do homem, tal atitude encontrou campo fértil para proliferação após a Segunda Guerra Mundial quando o arsenal terapêutico tornou-se mais numeroso, porém promoveu resultados desastrosos, como o mascaramento de doenças graves, o atraso no diagnóstico e no tratamento adequados, o risco de interações medicamentosas, efeitos colaterais, intoxicações medicamentosas e o abuso no consumo de medicamentos.

Atualmente, o uso indiscriminado de medicamentos é motivo de preocupação para as autoridades de vários países. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o percentual de internações hospitalares provocadas por reações adversas a medicamentos ultrapassa 10%. Nesse sentido, para alertar a população sobre os riscos da automedicação, a Política de Medicamentos do Ministério da Saúde procura conscientizar os brasileiros sobre a utilização racional dos mesmos ([CHAVES, 2009](#)).

Diante deste cenário, o uso abusivo de medicamentos, como benzodiazepínicos por exemplo, é objeto de análise e de discussão em saúde pública e é, frequentemente, veiculado na imprensa brasileira. Esta análise sistemática agrega conhecimentos relacionados às consequências negativas da automedicação, ao uso abusivo de fármacos, à dependência em drogas medicamentosas, associando tais fatores à farmacovigilância e à fármaco epidemiologia. Sobretudo, analisa os possíveis agravos à saúde e as consequências negativas para o sistema de saúde e à coletividade ([PSIQUIATRIA; NEUROLOGIA, 2018](#)).

Segundo ([BERNIK, 1999](#)), o surgimento dos primeiros benzodiazepínicos (BZDs) ocorreu por volta da década de 1950, de forma inesperada, pelo doutor Leo H. Sternbach, que trabalhava no laboratório de pesquisas da F. Hoffmann-La Roche. Durante o seu desenvolvimento, no processo de síntese, Sternbach percebeu que houve uma modificação da estrutura original atribuída à molécula, e assim ocorreu acidentalmente a criação de um elemento, o clordiazepóxido, que é originado de uma estrutura química que consiste em um anel de sete elementos fundido com um anel aromático que tem quatro grupos substituintes principais, e que podem ser modificados sem perda de atividade. O mesmo autor relata que na fase de experimentação pré-clínica em animais, o clordiazepóxido demonstrava baixa toxicidade e potentes efeitos anticonvulsivos e antiagressivos. Já, nas primeiras experiências clínicas ocorridas com pacientes esquizofrênicos notou que não havia verdadeira ação antipsicótica, e sim uma redução significativa da ansiedade.

Já em meados da década de 1960, o lançamento do clordiazepóxido finalmente aconteceu, após trinta meses de inúmeras avaliações clínicas, causando um grande impacto no tratamento dos distúrbios da ansiedade, dando início ao que foi chamado naquela década de “a revolução dos benzodiazepínicos”. Sua eficácia e alta margem de segurança com-

parado aos demais medicamentos disponíveis anteriormente, fez com que houvesse uma rápida aderência pela classe médica, levando muitas empresas farmacêuticas a desenvolver novos compostos derivados do clordiazepóxido, o que pode ser observado nas três décadas seguintes, onde cerca de cinquenta novas drogas já estavam disponíveis para terapia, no mundo todo (BERNIK, 1999).

Com a grande popularização dos BZDs naquela década, vieram também em anos seguintes relatos de que em diversos países havia os primeiros casos de uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância, síndrome de abstinência e dependência pelos usuários crônicos desses medicamentos (FORSAN, 2018). Essas evidências fizeram com que a sociedade mudasse a sua postura em relação aos BZDs, por isso, entre as décadas de 70-80, passaram a ser mais estudados devido ao seu potencial de dependência e efeitos colaterais, e assim, no mundo todo se iniciou uma política para conter o uso, como se pode ver, no Brasil por exemplo, onde esses medicamentos são apenas vendidos com o formulário azul (CASTRO et al., 2013).

Além disso, a prescrição de BZDs ficou restrita a tratamento de quadros agudos de ansiedade, crises convulsivas e como sedativo para cirurgias, de caráter breve e com a menor quantidade possível (NORDON; HUBNER, 2009).

Contudo, mesmo com a inserção de uma política para contenção do uso, os BZDs ainda estão entre os psicofármacos mais prescritos, e a prevalência de uso indiscriminado desses medicamentos ainda é elevada em muitos países. De acordo com NATASY, RIBEIRO e MARQUES (2003) estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de BZDs, sendo mais comum entre mulheres idosas, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos.

Diante deste cenário, verifica-se que a efetividade desses fármacos para o tratamento de transtornos de ansiedade e insônia por curto período de tempo é apoiada literatura. Porém, o uso por um longo período não é recomendado, principalmente em idosos, devido ao risco de desenvolvimento de dependência física, psicológica, além de outros efeitos adversos (quedas, demência, sedação excessiva, acidentes automobilísticos) (CASTRO et al., 2013).

Uma das formas de enfrentamento desse problema além do entendimento amplo dos motivos pelos quais ele está ocorrendo, é a aplicação prática da retirada dessa medicação de forma gradual, também conhecida como “desmame”, sendo que a retirada de um benzodiazepínico deve ser feita de forma gradual, ao longo de algumas semanas, para minimizar a emergência de sintomas de abstinência. Embora um período de 4 a 8 semanas seja suficiente para a maioria das pessoas, a velocidade da redução costuma ser determinada pela capacidade do indivíduo de tolerar os sintomas secundários ao processo de suspensão. Períodos longos (superiores a 6 meses) devem ser evitados para que a retirada do benzodiazepínico não se torne o foco maior de preocupação em saúde da pessoa. Por mais que exista a possibilidade de ajustar a velocidade do processo de suspensão, deve ser estabelecido desde o início um calendário de retirada, buscando firmar um compromisso

entre médico e paciente quanto à retirada do fármaco (PSIQUIATRIA; NEUROLOGIA, 2018).

Embora não haja uma fórmula universal, algumas estratégias de redução foram recomendadas e podem servir de parâmetro. Para doses baixas (como até 10 mg de Diazepam ou 0,5 mg de Clonazepam) e/ou quem tem facilidade em tolerar a retirada: Reduzir a dose em 50% a cada semana (PSIQUIATRIA; NEUROLOGIA, 2018).

Para doses moderadas a altas e/ou quem tem dificuldade em tolerar a retirada: Reduzir a dose entre 10% e 25% a cada 2 semanas; ou Reduzir a dose em no máximo o equivalente a 5 mg de Diazepam (ou 0,25 mg de Clonazepam) por semana, ajustando a velocidade da redução de acordo com a tolerância da pessoa. Quando a dose diária estiver abaixo do equivalente a 20 mg de Diazepam (ou 1 mg de Clonazepam), tornar o processo mais lento, reduzindo o equivalente a 2 mg de Diazepam (ou 0,1 mg de Clonazepam) por semana; ou Reduzir 10% da dose original a cada 1 a 2 semanas até que seja atingida uma dose de 20% da original. Então, reduzir a uma taxa de 5% da dose original a cada 2 a 4 semanas (PSIQUIATRIA; NEUROLOGIA, 2018).

Como as estratégias sugeridas incluem fracionamentos de doses, pode-se lançar mão das diversas formulações disponíveis para benzodiazepínicos (comprimidos de diferentes dosagens e formulações líquidas).

Ainda, a mudança de um benzodiazepínico de curta ação para outro de longa ação, embora sugerida por alguns autores, não apresenta vantagens claras. Sabe-se que a retirada de benzodiazepínicos de curta ação apresenta menores índices de sucesso em comparação com a retirada dos de longa ação, mas a mudança de um fármaco de meia-vida curta para um de meia-vida longa não está associada a melhores desfechos. Doses muito altas (equivalentes a 100 mg ou mais de Diazepam) podem requerer hospitalização para sua retirada, em função do risco de sintomas graves de abstinência (PSIQUIATRIA; NEUROLOGIA, 2018).

Não há medicações aprovadas para o tratamento da dependência de benzodiazepínicos. Se houver sintomas específicos (como ansiedade ou depressão), o transtorno subjacente deve ser avaliado e tratado. Transtornos do sono associados podem ser tratados através de medidas não farmacológicas (Quais as medidas não farmacológicas estão indicadas no tratamento da insônia?) ou ainda através de outros fármacos com potencial sedativo, como antidepressivos e anti-histamínicos, tendo o cuidado de não trocar a dependência de um fármaco pela dependência de outro.

Nesse contexto, intervenções breves na atenção primária (como aconselhamento e folhetos informativos) podem facilitar a redução do uso de benzodiazepínicos, também, a psicoeducação, ou seja, dar informações sobre os efeitos e riscos do uso em longo prazo de benzodiazepínicos e alternativas possíveis, é sempre um passo inicial recomendado. Outras estratégias psicológicas, como psicoterapia cognitivo-comportamental e psicoterapia de grupo, podem também ser úteis. Por isso se faz necessário o apoio da equipe multi-

disciplinar para planejamento do processo de desmame do paciente, incluindo a Atenção Primária como ponto central de toda a rede. (SAÚDE, 2004)

Do ponto de vista psiquiátrico, o que mais preocupa em relação ao uso crônico de BDZ é o desenvolvimento do quadro de dependência muitas vezes grave, com síndrome de abstinência característica e que pode requerer tratamento específico (PSIQUIATRIA; NEUROLOGIA, 2018).

Mediante todos os aspectos citados, se faz de grande importância uma intervenção em relação ao uso abusivo das medicações descritas afim de priorizar o uso responsável dessas medicações de acordo a indicação clínica (PSIQUIATRIA; NEUROLOGIA, 2018).

4 Metodologia

A partir dos objetivos propostos por este projeto, pretende-se trabalhar em conjunto com a população adscrita no bairro do município do Rio de Janeiro chamado de Senador Camara, especificamente com a população coberta pela equipe “Araújo” que é uma das quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família na unidade objeto desta ação.

O foco das ações consistirá na atuação com os usuários que se encontram sem controle e/ou em uso desnecessário e/ou uso abusivo de medicações psicotrópicas, principalmente os benzodiazepínicos.

Assim, a primeira tarefa a ser realizada será o levantamento dos usuários que estão sem diagnósticos no prontuário eletrônico e que fazem uso dessas medicações, além daqueles que já possuem diagnóstico, porém não passaram por consulta médica nos últimos 6 meses. Ainda, além da consulta ao prontuário eletrônico, será feito um levantamento junto a farmácia da unidade, pois é onde ocorre a maior parte das dispensações de medicamentos, justificado, principalmente pela característica do território cuja maioria da população não possui recursos para comprar em farmácias privadas.

Em seguida, os pacientes que fazem uso destes medicamentos serão avaliados, para que assim possamos determinar àqueles que necessitam e os que não necessitam do uso dessas medicações. Posteriormente, após o levantamento e organização dessas informações, serão organizadas ações e estratégias que, de forma ativa, possam modificar os regimes terapêuticos ou suspender os medicamentos caso haja necessidade.

Ainda, nos casos de real necessidade, a primeira estratégia será criar um vínculo com esses pacientes para que sejam acompanhados de uma forma mais próxima, visando uma mudança no regime terapêutico caso necessário ou até mesmo a retirada da medicação caso já não haja necessidade no futuro.

Já nos casos em que não fique comprovada a necessidade da medicação que havia sido prescrita e o paciente vem fazendo uso por costume ou por dependência (caso dos benzodiazepínicos), a intervenção também se dará a partir da criação de vínculo entre paciente e a equipe, com o objetivo de criar um laço de confiança entre o usuário e o profissional, para posteriormente iniciar o processo de desmame do medicamento.

Ressalta-se, também, que devido à grande dificuldade de retirar esse tipo de medicação, o usuário tem que estar ciente dos efeitos causados em decorrência do uso a longo prazo e também de como será traçado o plano de retirada dessa medicação, uma vez que o desmame deve ser feito de forma gradual e individual de acordo com a necessidade de cada paciente e de acordo com o tipo de medicação que o mesmo faz uso.

Todas as ações ocorrerão nas dependências da Unidade de Saúde e todos os profissionais atuantes na unidade e/ou na equipe de ESF participarão deste projeto, sendo que para levantamento das informações iniciais, será necessária a intervenção do médico, da

enfermeira, dos agentes comunitários e do farmacêutico da unidade, trabalhando de forma conjunta, já durante a intervenção com consultas e criação do plano terapêutico de desmame é necessária atuação do médico da equipe, da enfermeira, do NASF atuando com psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional, além dos agentes comunitários responsáveis pela aproximação das informações ligando o paciente a equipe e conseqüentemente com a unidade.

Por fim, para realizar o projeto proposto, inicialmente será necessário um mês para levantamento dos dados iniciais, um mês para agendamento das consultas e intervenção de forma ativa por meio das consultas médicas e aproximadamente mais um mês com retorno dos pacientes para avaliar se o tratamento foi eficaz e outras avaliações necessárias de cada caso individualizado, totalizando 3 meses para contemplação do projeto.

5 Resultados Esperados

Considerando todas as ações previstas neste projeto de intervenção, espera-se:

- Identificar os usuários que estão em uso de benzodiazepínicos e o motivo pelo qual foram prescritos: a meta é atingir pelo menos de 70 – 90% dos pacientes, tendo em vista que alguns não utilizam a farmácia da unidade para buscar a medicação o que poderia dificultar a identificação, porém mais de 90% dos usuários que fazem renovação dos regimes terapêuticos na unidade tem algum tipo de registro no prontuário eletrônico.
- Realizar um levantamento dos usuários que fazem uso de benzodiazepínicos sem qualquer controle;
- Realizar ações para desmame da medicação quando identificado uso abusivo;
- Reduzir em pelo menos 80% dos usuários que fazem uso sem necessidade ou uso abusivo, considerando a dificuldade de adesão ao tratamento de desmame.

Referências

- BERNIK, M. A. *Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência*. São Paulo: EDUSP, 1999. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- CASTRO, G. L. G. et al. *Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia*. 2013. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/21/pdf_>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado na página 16.
- CHAVES, R. *Automedicação em nutrizes e sua influência sobre a duração do aleitamento materno*. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572009000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado na página 15.
- FORSAN, M. A. *O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado*. 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649>>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado na página 16.
- NATASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. Benzodiazepínicos- abuso e dependência. *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira*, p. 71–79, 2003. Citado na página 16.
- NORDON, D.; HUBNER, C. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Diagnóstico e Tratamento*, p. 66–69, 2009. Citado na página 16.
- PSIQUIATRIA, A. B. de; NEUROLOGIA, A. B. de. *Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos*. 2018. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado 4 vezes nas páginas 15, 16, 17 e 18.
- SAÚDE, B. C. N. de. *Resolução n° 338, de 2004. Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica*. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado na página 17.