



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Vanessa Calegari Bohnert

# Dependência de Benzodiazepínicos: uma proposta de abordagem ao usuário

Florianópolis, Março de 2023



Vanessa Calegari Bohnert

Dependência de Benzodiazepínicos: uma proposta de abordagem  
ao usuário

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: Lúcio José Botelho  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Vanessa Calegari Bohnert

Dependência de Benzodiazepínicos: uma proposta de abordagem  
ao usuário

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. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Lúcio José Botelho**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

O Município de Biguaçu, segundo o DATASUS, possui população total, em 2017, de 64.447 habitantes. Trabalho no bairro Fundos, considerado o mais populoso da cidade. A minha área, denominada como "Área 14", abrange, aproximadamente, 2204 famílias, totalizando uma população em torno de 6859 pessoas assistidas pela equipe. Por não termos dados demográficos levantados corretamente, nossa distribuição populacional é aproximada.

A população assistida, em geral, são pessoas de muito baixa renda, solitárias, analfabetas e que dependem de algum auxílio para sobreviverem. Além disso, temos em nossa área um número consideravelmente alto de gestações não planejadas, gerando um crescimento populacional progressivo e rápido da região. Semanalmente, pacientes de outros municípios iniciam acompanhamento e relatam estarem em busca de melhores condições de vida.

Em relação as comorbidades, a demanda de doenças psiquiátricas são, sem dúvida, as mais prevalentes desta população. Em decorrência disto, a dependência medicamentosa, principalmente de benzodiazepínicos, transformou-se em um marco cultural muito difícil de se abordar nas consultas. Há um aumento dos transtornos ansiosos e afetivos nos dias atuais e a prescrição indiscriminada com a falsa ideia do paciente de que o medicamento trará conforto e cura dos seus problemas levam a uma dependência medicamentosa significativa.

O objetivo geral é de construir juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município, um plano de ações de promoção em saúde dos pacientes em uso crônico de psicotrópicos.

Será feito um levantamento de informações através de um questionário bem elaborado, direcionado aos usuários de benzodiazepínicos, e aplicado no primeiro e último encontro de um grupo de apoio que será formado. As reuniões serão administradas pela médica da família com participações do Psicólogo do NASF e Psiquiatra da rede. Espera-se no mínimo 80% de adesão dos usuários crônicos do bairro nas reuniões. Conforme visto na revisão de literatura, grande parte dos dependentes de benzodiazepínicos estão em uso devido a uma prescrição indiscriminada e isso poderá ser avaliado no questionário. Além disso, após orientações sobre os malefícios do seu uso a longo prazo durante os encontros, o esperado é que pelo menos 50% destes usuários participantes consigam realizar a redução gradativa e abstinência total do medicamento com um acompanhamento médico adequado. A metodologia ainda não foi aplicada. Estamos vivendo um momento de Pandemia pelo COVID-19, onde o confinamento trará muitas complicações associadas à saúde mental, sendo um projeto muito oportuno e o objetivo será iniciar quando a situação

atualmente estiver controlada.

**Palavras-chave:** Antidepressivos, Benzodiazepinas, Diagnóstico da Situação de Saúde em Grupos Específicos, Psicotrópicos

# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>13</b>
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>15</b>
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>21</b>
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>25</b>



# 1 Introdução

O Município de Biguaçu, segundo o DATASUS, possui população total, em 2017, de 64.447 habitantes. Trabalho no bairro Fundos, considerado o mais populoso da cidade. A minha área, denominada como "Área 14", abrange, aproximadamente, 2204 famílias, totalizando uma população em torno de 6859 pessoas assistidas pela equipe. Por não termos dados demográficos levantados corretamente, nossa distribuição populacional é aproximada. Além disso, existem áreas completamente descobertas em nossa região, com quantidade populacional indeterminada. Acompanhamos cerca de 718 crianças na faixa etária de zero a doze anos, sendo que dentro destes, 355 são entre zero a cinco anos. O restante, consideramos a população adulta em geral, já que não foi possível quantificar entre adolescentes, adultos e idosos, devido à falta de recursos humanos para tamanha população assistida.

Não é possível quantificar também os nascidos vivos especificamente do bairro para obter os coeficientes demográficos específicos da minha área de abrangência. Porém, visto a importância dos dados faltantes para um bom planejamento de saúde local, utilizei os dados do DATASUS da população geral do município para obter o coeficiente de natalidade e mortalidade. Sendo assim, a taxa de natalidade e de mortalidade, no ano de 2017, são, respectivamente, de 15,4 e 5,9 para cada 1000 habitantes. Já as taxas de mortalidade específica como a razão de mortalidade materna que é considerada um indicador de desenvolvimento e qualidade de vida, é de 12 a cada 1000 mulheres. Outro dado importante é o número de nascidos vivos com baixo peso (menor que 2499g) que nesse ano foi de 91 casos registrados. Considerando assim que, a cada 1000 nascidos vivos, 91,5 nasceram com baixo peso.

Devido ao envelhecimento da população associado à queda da fecundidade, ocasionando maior proporção de idosos, a prevalência de doenças crônicas está aumentando. No ano de 2018, segundo informações colhidas pelo sistema Triplíce de saúde (sistema utilizado para atendimentos) foram atendidos 3587 pacientes já diagnosticados com Hipertensão arterial. Prevalência de 52% quando se considera o número de pessoas, neste mesmo período, de 6859 pacientes pertencentes à área 14. Ou seja, a cada 1000 habitantes 522 são hipertensos. Em relação à Diabetes, neste mesmo registro do ano, foram realizados 7 novos diagnósticos da doença, tendo uma incidência de 10 casos novos por 100.000 habitantes.

Na cidade de Biguaçu, em torno de 20 pacientes foram a óbito por doenças do aparelho circulatório, apresentando um coeficiente de 3 óbitos a cada 10.000 habitantes em 2017. Além disso, dentre os meses de Janeiro e Junho de 2019, registramos 04 óbitos na população, sendo todos decorrentes de doenças cardiovasculares com idade superior a 60 anos.

Dentre as doenças infectocontagiosas, temos registros de 7 casos de HIV positivos em acompanhamento e nenhum caso novo diagnosticado neste período

Em relação aos cuidados da saúde da criança, a cobertura vacinal de rotina é essencial para o bem estar infantil. Dentre as 4092 crianças menores que 4 anos, 3896 estão com calendário vacinal em dia. Totalizando 952 crianças vacinadas a cada 1000 do município. Um ótimo registro de adesão à prevenção de doenças. Associo este dado ao forte empenho da secretaria de saúde em realizar campanhas de vacinação e orientações sobre as doenças erradicadas após introdução das vacinas de rotina. Neste último mês e nos demais deste ano, as crianças menores que 1 ano procuraram atendimento médico na unidade por desejo das mães em realizarem exames laboratoriais de rotina. Grande porcentagem destes estavam assintomáticos.

Quando existem queixas, prevalecem as do sistema respiratório como IVAS, rinosinusite, hipertrofia de adenoide, entre outras. Além disso, acho interessante relatar que, temos uma alta incidência de Autismo - 10 casos novos - e 5 casos recentes de TDAH entre a população infantil.

A unidade de saúde é dividida em três áreas (5,10 e 14). Estruturalmente é composta por uma recepção com um banheiro, uma farmácia, uma sala de triagem, uma sala de procedimentos, uma sala de vacinação, um consultório odontológico, uma sala de reunião, uma sala composta por dois computadores para inserir as solicitações via SIS-REG (regulação), uma sala de coordenação, uma copa, dois banheiros para funcionários (masculino e feminino), três salas divididas entre as enfermeiras. Além disso, possui quatro consultórios médicos, todos equipados com maca, computador, impressora, pia e armário. Em relação à equipe, somos divididos em quatro médicos - um responsável por cada área e um de apoio, para atender apenas demandas, três enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, duas dentistas, uma funcionária para serviços de limpeza, dois funcionários para a regulação e uma para a farmácia.

A população assistida, em geral, são pessoas de muito baixa renda, solitárias, analfabetas e que dependem de algum auxílio para sobreviverem. Além disso, temos em nossa área um número consideravelmente alto de gestações não planejadas, gerando um crescimento populacional progressivo e rápido da região. Semanalmente, pacientes de outros municípios iniciam acompanhamento e relatam estarem em busca de melhores condições de vida. Até o momento, não temos ciência de pacientes sem saneamento básico, eletricidade e água. Este assunto sempre é abordado em reuniões da equipe. Porém, devido à passagem do rio da cidade no bairro, em dias de grande volume de chuva, ocorrem enchentes, afetando grande parte da população, podendo haver doenças transmitidas através do contato com a água contaminada.

Em relação as comorbidades, vejo que a demanda de doenças psiquiátricas são, sem dúvida, as mais prevalentes desta população. Em decorrência disto, a dependência medicamentosa, principalmente de benzodiazepínicos, transformou-se em um marco cultural

muito difícil de se abordar nas consultas.

Felizmente, aos poucos, está se aceitando a retirada gradativa das drogas. Acredito que precisamos organizar mais palestras e grupos para atingirmos o máximo de pacientes possíveis e conseguirmos mais êxito no controle das comorbidades em geral.

Estamos vivendo um momento de Pandemia pelo COVID-19, onde o confinamento trará muitas complicações associadas à saúde mental, sendo um projeto muito oportuno.

Em tempos normais da atualidade, devido aos estresses diários do trabalho, trânsito e outras, percebemos um aumento significativos de transtornos ansiosos e afetivos. A prescrição indiscriminada e a falsa ideia do paciente de que o medicamento trará conforto e cura dos seus problemas levam a uma dependência medicamentosa significativa. Portanto, este tema é importante para médicos e pacientes. Para mim, especificamente é importante, pois faz parte do meu dia a dia as renovações de medicamentos cujos pacientes fazem uso de longa data sem acompanhamento adequado e até mesmo sem indicação. Este projeto está de acordo com os interesses da Unidade de saúde tendo em vista a prevalência de usuários de antidepressivos e principalmente benzodiazepínicos na comunidade.



## 2 Objetivos

Objetivo geral:

Construir juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município, um plano de ações de promoção em saúde dos pacientes em uso crônico de psicotrópicos.

Objetivos específicos:

- a) Propor juntamente com a equipe as ações de promoção da saúde para essa população.
- b) Implementar grupo de apoio para usuários crônicos de medicações psicotrópicas.
- c) Juntamente com Psicóloga do Nasf organizar atendimentos centralizados nas retiradas da medicações que causam dependência.



## 3 Revisão da Literatura

Os benzodiazepínicos (BZDs), que são denominados assim por serem constituídos por um anel benzeno, foram desenvolvidos na década de 1960, através de estudos com animais em laboratório onde observaram-se o controle da agressividade e um efeito anticonvulsivante. (PSIQUIATRIA; NEUROLOGIA, 2013) Sabe-se então que essa droga possui efeitos sedativos, ansiolíticos, hipnóticos, amnésicos, antiepiléticos e de relaxamento muscular. Inicialmente, foi descrita como uma medicação segura estando entre as mais prescritas no mundo naquela época. Porém, no final da década de 70, alguns pesquisadores começaram a alertar para os riscos de dependência associado ao abuso de benzodiazepínicos. O fato levou a um medo intenso da população e conseqüente diminuição do uso devido a medidas restritivas para o consumo. (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019)

O Cloridazepóxido e o Diazepam são os BZDs mais antigos desenvolvidos pela indústria farmacêutica datando dos anos de 1960. Depois deles foram desenvolvidos dezenas de substâncias similares estando disponíveis 20 tipos atualmente no mercado para uso médico. (SC et al., 2008)

No Brasil, o II Levantamento Domiciliar de Álcool e Drogas, realizado em 2012, apontou um consumo de tranquilizantes na vida em cerca de 10% da população de adultos e em 2,5% da população de adolescentes. As mortes por overdose de BZDs também aumentaram em quatro vezes desde a década de 1990. (EA et al., 2012) Em 31 de agosto de 2016, a Food and Drug Administration (FDA) emitiu uma nota alertando sobre graves riscos quando opioides são combinados com BZD. (FOOD; FDA, 2017)

Atualmente, estima-se que 10% dos adultos recebem prescrições de benzodiazepínicos dos médicos clínicos gerais a cada ano. Além disso, sabe-se que cada médico clínico atende cerca de 50 pacientes dependentes desta medicação e 50% destes gostariam de parar o seu uso. Porém, perto de 30% dos pacientes referem que sua dependência é estimulada pelos médicos assistentes. Isso demonstra a responsabilidade dos profissionais da saúde no aumento da prevalência de dependência de BZDs bem como a importância de se discutir sobre o assunto com toda classe médica, uma vez que, é notório a prescrição indiscriminada por esses profissionais.

Na população brasileira, a prevalência do uso de Benzodiazepínico é de 5,6% a 21% da população geral, sendo mais frequente em mulheres acima de 50 anos e idosos. Já a taxa de dependência de BZD estimada é de 0,5%. *Psiquiatria e Neurologia* (2013)

Essas drogas agem na ligação dos receptores GABA e ocasionam efeitos no sono provocando sedação, hipnose e controle da ansiedade. São altamente lipossolúveis e conseqüentemente são mais capazes de penetrar no sistema nervoso central quando usadas por via oral quando comparamos pela via intramuscular. Neste caso, esta via é indicada para os BZDs mais hidrossolúveis como o Lorazepam (não disponível no Brasil nesta via) e

o Midazolam. A metabolização destas drogas é, principalmente, hepática. Sendo assim, deve-se ter muita precaução na prescrição destas medicações em pacientes idosos e com disfunção desse órgão. [Diehl, Cordeiro e Laranjeira \(2019\)](#)

Na prática clínica, as queixas de insônia e ansiedade são os motivos mais comuns para os médicos prescreverem benzodiazepínicos. Mesmo que todos os benzodiazepínicos tenham ações similares, o tempo de ação e indicações variam. Normalmente, benzodiazepínicos de ação curta (1 a 12 horas) e intermediária (12 a 40 horas) – Lorazepam, Oxazepam, Alprazolam e Bromazepam – são prescritos para insônia, enquanto os benzodiazepínicos de ação mais prolongada (40 a 250 horas) como, por exemplo, o Diazepam, Clordiazepóxido, Clonazepam e Clobazam, são indicados para a ansiedade. ([DONNELLY et al., 2017](#))

Em adultos jovens, um uso de curto prazo de benzodiazepínico é considerado seguro. Já nos idosos, mesmo o uso por um período pequeno pode ter efeitos adversos perigosos. Os problemas nesta população específicos relacionados à droga incluem uso indevido, dependência, comprometimento da direção e aumento da morbimortalidade relacionada a overdose e abstinência. Além disso, ainda foram associados a declínio cognitivo, demência e quedas. ([BRETT; MURNION, 2015](#))

O uso prolongado de benzodiazepínicos ou de benzodiazepínicos de ação prolongada (ou ambos) em pacientes idosos é preocupante e muito perigoso. Estudos comprovam que há diminuição do metabolismo da droga em pacientes geriátricos e associado ao uso de agentes com durações de ação longa levam o medicamento a permanecer por mais tempo nestes pacientes e tem maior correlação com o declínio cognitivo dessa população. Os efeitos deletérios agudos dos BZDs na cognição têm sido bem reconhecido e especialmente nos idosos em uso de altas doses. ([AIRAGNES et al., 2016](#)) Apesar de bem estabelecido essa associação, as evidências sobre esse declínio cognitivo variam muito, algumas literaturas sugerem efeitos a longo prazo e outras, mais recentes, propõem uma associação com Doença de Alzheimer. Em contrapartida, um estudo mostrou que os desempenhos cognitivos dos idosos melhoraram insignificamente após quatro semanas de cessação do BZD. Neste estudo, os participantes foram recrutados de uma enfermaria psicogeriátrica e os seguintes domínios cognitivos foram avaliados na admissão e quatro semanas depois: aprendizado verbal, memória, funções executivas e vigilância. A única melhoria significativa foi observada no teste de aprendizagem verbal após a interrupção do BZD para desistentes em comparação com os continuadores. Através deste estudo em específico, podemos entender que o déficit cognitivo é irreversível e avaliarmos a indicação e necessidade real da abstinência em pacientes idosos e com longo período de uso. ([PICTON; MARINO; NEALY, 2018](#))

Em relação ao risco de quedas, sabemos que a fratura de quadril é um evento devastador para uma pessoa idosa e o seu risco aumenta com a idade. Alguns medicamentos frequentemente usados por idosos, são fatores de risco para fraturas nesta população. Um

estudo, realizado na Finlândia, concentrando-se nos benzodiazepínicos, demonstrou um aumento de 30-40% no risco de fratura de quadril associado ao medicamento. Além disso, pessoas com Demência de Alzheimer (DA) têm um risco aumentado, por si só, de fratura de quadril em comparação com os sem demências. (MSC et al., 2016) Mas, curiosamente, os Benzodiazepínicos são amplamente prescritos para o controle de agitação psicomotora após o seu diagnóstico. No entanto, estes medicamentos prejudicam a marcha e o equilíbrio nesta população. A relevância da prescrição de BZD para o tratamento de distúrbios comportamentais na demência ainda é discutida, e os sintomas comportamentais afetam 75% dos pacientes institucionalizados com demência. (B et al., 2007)

As intoxicações agudas por drogas benzodiazepínicas raramente leva à morte, especialmente se manejada com medidas de suporte à vida adequadas. Isso se deve a grande margem de segurança e janela terapêutica dessa classe de medicamentos. Nos casos em que há risco de morte, normalmente existe a coingestão de outras drogas sedativas ou depressões do sistema nervoso central, como os opióides ou álcool. Apesar disso, o uso de BZDs se associa a sintomas de lentificação cognitiva, sonolência, ataxia, delirium, quedas e um aumento no risco de fraturas de fêmur e quadril. Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2019) O uso prolongado de BZDs não representa, necessariamente, dependência química, que é clinicamente diagnosticada através da observação das consequências físicas e sociais do uso do fármaco, que causa no indivíduo um prejuízo funcional. Apesar disso, cerca de um terço dos pacientes que iniciam o uso de BZDs os utilizam por tempo maior que o recomendado. Um sexto dos pacientes permanecem usando o fármaco, inadequadamente, após doze meses, mesmo quando o motivo da prescrição inicial não existe mais. (N et al., 2016) Isto significa que a dependência pode se desenvolver mesmo em pacientes que fazem uso de doses consideradas terapêuticas, e levar a sintomas de abstinência física e psicológica. A síndrome de abstinência dos BZDs pode acontecer entre um dia a 14 dias após a suspensão do fármaco, levando em conta a meia-vida da droga utilizada pelo indivíduo e o grau de dependência apresentado. Em alguns pacientes, mesmo a redução da dosagem pode precipitar sintomas de abstinência. Estima-se que pelo menos metade dos usuários crônicos de BZDs sofra uma síndrome de abstinência durante o uso.

A desintoxicação ambulatorial eletiva, pode ser realizada em Unidade básica de Saúde, é apropriada para pacientes dependentes de BZDs que não têm história de abstinência severa ou convulsões, não apresentam dependência de álcool ou outras substâncias e não apresentam comorbidades clínicas ou psiquiátricas significativas. É importante orientar o paciente e seus familiares quanto aos riscos durante este período, como sintomas de "craving", ansiedade, piora da psicomotricidade e maior risco de acidentes. Porém, para fazer tratamento ambulatorial, ele precisa estar bastante motivado, comprometido e esclarecido em relação ao tratamento. As medicações serão dadas em horários fixos, e não "conforme a necessidade do paciente". Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2019)

Este rigor se justifica como uma tentativa de inibir uso da medicação como uma droga

de abuso, ou como automedicação para lidar com situações reacionais ou desconfortos, como qualquer situação do dia que traga ansiedade, insônia ou frustração, fato muito comum em nosso meio, em que pacientes solicitam novas receitas da medicação antes do prazo estipulado pois fizeram o uso de mais comprimidos devido a um momento ou fator estressante casual. Em alguns casos, a abstinência pode demorar de semanas a meses. Já em casos graves, pode comprometer e prejudicar o paciente por mais de um ano, devendo estes serem encaminhados para acompanhamento especializado.

Tendo em vista os aspectos observados, sabemos que os Benzodiazepínicos possuem propriedades hipnosedativas e devem ser prescritas com muito cuidado e responsabilidade. Dessa forma, o tratamento inicial de transtornos do sono devem ser, inicialmente, com medidas não farmacológicas, utilizando a droga apenas em pacientes refratários ou que possuem prejuízo moderado a grave. Em relação ao tratamento de transtornos de ansiedade, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) são medicações de primeira linha nestes casos. Mas, os ISRSs, podem desencadear sintomas de ansiedade antecipatória e insônia até o início do seu efeito terapêutico em alguns pacientes e neste caso recomenda-se a associação de um benzodiazepínico por tempo limitado de aproximadamente 15 dias. Porém, é necessário avaliar, antes da prescrição, os riscos de ocasionar os transtornos associados ao medicamento. (M et al., 2015)

Além disso, os BZDs também são prescritos muito frequentemente para controlar os sintomas de abstinência por outras drogas, principalmente na desintoxicação alcoólica. Nestes pacientes, para prevenir delírios e convulsões, os benzodiazepínicos de longa duração - Clordiazepóxido e o Diazepam – são mais indicados. Já os de curta duração são indicados para a população idosa e para hepatopatas como discutido anteriormente. (F et al., 2009)

Dado o exposto, as prescrições de BZD são inadequadas em cerca de dois terços dos casos. Essas situações mais frequentes são associadas a dosagem elevada e/ou duração do tratamento excessiva. Podemos ver também casos em que a prescrição do medicamento está em um contexto em que seria contraindicado como, por exemplo, um benzodiazepínico de ação prolongada em pacientes idosos. Os principais fatores de riscos associados a prescrição inadequada de benzodiazepínicos são a idade, o sexo feminino, a utilização concomitante de outras medicações e múltiplas comorbidades que podem acarretar complicações graves bem como acidentes e quedas.

Na prevenção primária, devemos pesquisar os fatores de risco para o uso inadequado de benzodiazepínico como uma questão de Saúde pública no Brasil. É necessário criar programas, como por exemplo cartas de informação, para sensibilizar a população sobre os riscos do medicamento.

Já na prevenção secundária, enfatiza-se o manejo precoce do uso inadequado de benzodiazepínico, antes do surgimento das complicações abordadas nesta revisão. Programas de treinamentos destinados aos médicos para detectarem esses pacientes precocemente

podem ser utilizados. Além disso, orientar os pacientes sobre os riscos do uso prolongado de benzodiazepínico é o início da abordagem para a cessação da medicação. Porém, muitos médicos acham, equivocadamente, que para um paciente aceitar a diminuição da dose do benzodiazepínico levará muito tempo de conversa e haverá pouco sucesso na abordagem. [Airagnes et al. \(2016\)](#) No entanto, estudos no mundo todo constataram que são necessárias mínimas intervenções para iniciar uma redução gradual. Alguns pesquisadores americanos enviaram um livreto educativo para usuários de longa duração e referiram que 27% dos destinatários descontinuaram o uso de benzodiazepínico em 6 meses apenas com uma intervenção a distância.

Portanto, existem evidências crescentes de que pacientes podem descontinuar essa droga através de intervenções que requerem um investimento mínimo do tempo do médico. Uma redução gradual do medicamento é segura e confortável e muitos podem alcançar a abstinência de benzodiazepínicos. Além disso, pode-se utilizar de várias opções não farmacológicas e farmacológicas como alternativas no tratamento de insônia e transtornos de ansiedade e assim evitar a prescrição indiscriminada de Benzodiazepínicos.



## 4 Metodologia

Será feito um levantamento de informações através de um questionário bem elaborado e direcionado aos usuários de benzodiazepínicos.

Através de um grupo de apoio, o questionário será aplicado no primeiro encontro a fim de conhecer os pacientes, motivos do uso da medicação e níveis de dependência. Os encontros serão semanais com o objetivo de orientar e discutir diversos aspectos relacionados aos benzodiazepínicos com duração de 4 semanas. No último encontro, será aplicado novamente o mesmo questionário para avaliar a efetividade e possíveis mudanças após os encontros.

Será realizado na UBS, na sala de reuniões onde possui um bom espaço para palestras e encontros. As reuniões serão administradas pela médica da família com participações do Psicólogo do NASF e Psiquiatra da rede.



## 5 Resultados Esperados

Espera-se no mínimo 80% de adesão dos usuários crônicos do bairro nas reuniões. Conforme visto na revisão de literatura, grande parte dos dependentes de benzodiazepínicos estão em uso devido a uma prescrição indiscriminada e isso poderá ser avaliado no questionário. Além disso, após orientações e conversas sobre os malefícios do seu uso a longo prazo durante os encontros, o esperado é que pelo menos 50% destes usuários participantes consigam realizar a redução gradativa e abstinência total do medicamento com um acompanhamento médico adequado.

Outro resultado esperado desta metodologia é de levar informações a todos os usuários crônicos de benzodiazepínicos, uma vez que pouco vemos no nosso dia a dia. Um participante com o conhecimento ofertado nas reuniões levará as informações para seus conhecidos e familiares que também estarão recebendo o mínimo de ideias a respeito desse assunto tão importante.

A metodologia ainda não foi aplicada, mas o objetivo será iniciar quando a situação em que estamos enfrentando atualmente estiver controlada.



## Referências

- AIRAGNES, G. et al. Benzodiazepine misuse in the elderly: Risk factors, consequences, and management. *Curr Psychiatry Rep*, p. 1–9, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 19.
- B, T. et al. Psychotropic medications and the risk of fracture: A meta-analysis. *Drug Safety*, p. 171–184, 2007. Citado na página 17.
- BRETT, J.; MURNION, B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Australian Prescriber*, v. 38, n. 5, p. 152–155, 2015. Citado na página 16.
- DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *Dependência química : prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2019. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.
- DONNELLY, K. et al. Benzodiazepines, z-drugs and the risk of hip fracture: A systematic review and metaanalysis. *Plos One*, p. 1–14, 2017. Citado na página 16.
- EA, C. et al. *VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras*. Brasília: CEBRID, 2012. Citado na página 15.
- F, C. et al. A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*, p. 93–103, 2009. Citado na página 18.
- FOOD; FDA, D. A. Fda warns about serious risks and death when combining opioid pain or cough medicines with benzodiazepines: requires its strongest warning. *FDA*, v. 1, p. 1–9, 2017. Citado na página 15.
- M, G. et al. Dependence on prescription benzodiazepines and zdrugs among young to middleaged patients in france. *Subst Use Misuse*, p. 1–8, 2015. Citado na página 18.
- MSC, L. S. et al. Risk of hip fracture in benzodiazepine users with and without alzheimer disease. *JAMDA*, p. 1–7, 2016. Citado na página 17.
- N, T. et al. Continuation and discontinuation of benzodiazepine prescriptions: a cohort study based on a large claims database in japan. *Psychiat Res*, p. 201–237, 2016. Citado na página 17.
- PICTON, J. D.; MARINO, A. B.; NEALY, K. L. Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 75, n. 1, p. 6–12, 2018. Citado na página 16.
- PSIQUIATRIA, A. B. de; NEUROLOGIA, A. B. de. *Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos*. Brasil: AMB, 2013. Citado na página 15.
- SC, L. et al. Abuse and dependence liability of benzodiazepinetype drugs: Gaba(a) receptor modulation and beyond. *Pharmacol Biochem Be*, p. 74–89, 2008. Citado na página 15.