

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAROLINA ANDRADE GUEDES DOS SANTOS**

**DESCONTINUAÇÃO DO USO INDISCRIMINADO DE  
BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE OS USUÁRIOS  
DA UBS RASA EM PONTE NOVA-MG**

PONTE NOVA – MG

2014

**CAROLINA ANDRADE GUEDES DOS SANTOS**

**DESCONTINUAÇÃO DO USO INDISCRIMINADO DE  
BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE OS USUÁRIOS  
DA UBS RASA EM PONTE NOVA-MG**

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: Profª Drª Regina Maura Rezende

PONTE NOVA – MG

2014

**CAROLINA ANDRADE GUEDES DOS SANTOS**

**DESCONTINUAÇÃO DO USO INDISCRIMINADO DE  
BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE OS USUÁRIOS  
DA UBS RASA EM PONTE NOVA-MG**

**Banca examinadora**

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

Examinador 2 – Prof. Zilda Cristina dos Santos – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em        de Janeiro de 2015.

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, por guiar minhas escolhas e meus passos.

À minha família, motivação para seguir adiante.

Aos mestres, tutores e orientadores, que fizeram com que este projeto fosse possível.

## RESUMO

Os benzodiazepínicos (BZDs) são medicamentos amplamente utilizados na prática clínica, sendo uma das drogas mais prescritas no mundo. Têm como principais funções farmacológicas: sedativo, hipnótico, relaxante muscular, anticonvulsivante e ansiolítico. Porém, se não forem bem indicados, com dosagens e tempos de uso específicos, podem levar a dependência, tolerância e abstinência. O uso crônico destas medicações tem se mostrado um problema de saúde pública em muitos países. A falta de informação e a baixa percepção dos efeitos deletérios advindos deste uso – por usuários e profissionais – são os principais fatores que levaram ao quadro atual. O projeto surgiu através da percepção deste problema na Unidade Básica de Saúde da Rasa, em Ponte Nova-MG, no ano de 2014. O plano de ação tem como objetivo descontinuar o uso crônico de BZDs entre os usuários, para que se tenha, sobretudo, uma melhora na qualidade de vida desta população. Após realizado o diagnóstico situacional, análise dos problemas e atores envolvidos foram elaboradas ações que agissem nos nós críticos identificados. A primeira operação visa o estímulo a mudanças de hábito de vida e higiene do sono, para que haja redução da ansiedade, estímulo à alimentação saudável e melhora da qualidade do sono. A segunda ação planejada visa descontinuar o uso crônico de BZDs e reduzir a prescrição indiscriminada através da conscientização da população e de toda a equipe de saúde. O projeto visa, ao final, garantir uma adequação dos hábitos de vida, prescrição consciente dos medicamentos, uso racional por parte dos usuários levando a uma redução/eliminação dos efeitos indesejados e, certamente, uma melhoria importante na qualidade de vida da comunidade.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos, Dependência, Atenção Básica em Saúde.

## **ABSTRACT**

Benzodiazepines (BZDs) are drugs widely used in clinical practice, being one of the most prescribed drugs in the world. They have as their main pharmacological functions: sedative, hypnotic, muscle relaxant, anticonvulsant and anxiolytic. However, if not properly displayed, with the specific dosages and times of use, they can lead to dependence, tolerance and withdrawal. Chronic use of these drugs has been a public health problem in many countries. The lack of information and low awareness of the deleterious effects arising from that use - by users and professionals - are the major factors leading to the current frame. The project came about through awareness of this problem in the Rasa Basic Health Unit in Ponte Nova, Minas Gerais, in the year 2014. The action plan aims to discontinue the chronic use of benzodiazepines among users, in order to have, above all, an improvement in the life quality of this population. After made the situation analysis, problem analysis and stakeholders actions were prepared to act on the critical nodes identified. The first operation is aimed at stimulating the lifestyle changes and sleep hygiene, so there is reduced anxiety, encouraging healthy eating and improved quality of sleep. The second planned action aims to discontinue the chronic use of benzodiazepines and reduce the indiscriminate prescription through the awareness of the population and the entire health care team. The project aims, in the end, ensure adequacy of lifestyle, conscious of prescription drugs, rational use by the users leading to a reduction / elimination of unwanted effects and certainly a major improvement in the community's quality of life.

**Keywords:** Benzodiazepines, Dependency, Primary Health Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS: Atenção Básica à Saúde

ACS: Agente Comunitário de Saúde

BZDs: Benzodiazepínicos

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

DM: Diabetes Mellitus

ESB: Equipe de Saúde Bucal

ESF: Equipe de Saúde da Família

GABA: Ácido Gamaaminobutírico

HAS: Hipertensão arterial

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SNC: Sistema Nervoso Central

SUS: Sistema Único de Saúde

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: CONTEXTO DE TRABALHO DA EQUIPE.....	09
1.1	Diagnóstico Situacional.....	12
2	JUSTIFICATIVA.....	13
3	OBJETIVO.....	14
3.1	Objetivo Específico.....	14
4	METODOLOGIA.....	15
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
5.1	Os Benzodiazepínicos.....	17
5.2	Farmacodinâmica.....	17
5.3	Indicações terapêuticas.....	18
5.4	Efeitos colaterais.....	19
5.5	O uso abusivo.....	19
6	PLANO DE AÇÃO.....	21
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
8	REFERÊNCIAS.....	25



## 1 INTRODUÇÃO: CONTEXTO DE TRABALHO DA EQUIPE

O município de Ponte Nova localiza-se na Mesorregião da Zona da Mata Mineira. É cortado por importantes rodovias estaduais, como a MG-066, MG-262, MG-326, MG-329, e pela BR-120. A sede dista por rodovia 170 km da capital Belo Horizonte, com área de unidade territorial de 470,643 Km<sup>2</sup>. Possui 43 bairros e tem como região de influência a Microrregião do Vale do Piranga. Tem 36 Estabelecimentos de saúde. População é predominantemente urbana, com 51.185 da população vivendo na zona urbana e 6205 na zona rural. É constituída dos distritos do Vau Açú e Pontal, e o manancial do município é o Rio Piranga (PREFEITURA DE PONTE NOVA, 2014).

A altitude da sede é de 431 m. O clima é do tipo tropical de altitude com chuvas durante o verão e temperatura média anual em torno de 19°C, com variações entre 14°C (média das mínimas) e 26°C (média das máximas). O município integra a bacia do Rio Doce, sendo banhado por um de seus principais formadores, o Rio Piranga.

Segundo dados do Censo Demográfico, a densidade demográfica é de 117,2 hab/ km<sup>2</sup>, a mortalidade infantil é de 29,2/1000 hab., a expectativa de vida é de 69,8 anos, a taxa de fecundidade encontra-se em 1,8 filhos por mulher. O IDH médio é de 0,766, sendo IDH-renda de 0,69, IDH-longevidade de 0,747 e o IDH-educação de 0,862. (IBGE, 2000)

Em Ponte Nova, a atenção básica é desenvolvida por meio da Estratégia de Saúde da Família – ESF em 13 equipes que atendem a todos os bairros. Existe uma equipe de PACS (Programa de Agentes comunitários de saúde) com 12 agentes comunitários de saúde que atendem aos bairros: Palmeiras, Esplanada, Vila Oliveira, Cojan e as zonas rurais Dioguinho, Estiva, Passatempo, Brito, Cedro e Ranchos Novos. O atendimento a essas famílias é realizado através do enfermeiro do PACS e os atendimentos médicos básicos são ofertados na Policlínica. Ponte Nova conta ainda com unidades básicas de saúde em zona rural como o Brito, Cedro, Passatempo e Gentio que funcionam todos os dias com serviços básicos de enfermagem e recebem o médico e o enfermeiro semanalmente conforme escala pré-

determinada.

A cobertura da Atenção Básica em Ponte Nova assim se descreve:

- 57.390 habitantes (IBGE, 2011)
- Cobertura de PSF – 72,89% dos habitantes 13 ESF's (SIAB, 2014)
- Cobertura de PACS – 12% dos habitantes
- Cobertura de UBS sem PACS – 18% dos habitantes
- Cobertura equipes de saúde bucal –72,89% - 13 ESB.

No município de Ponte Nova, a média complexidade é composta por: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos, fisioterapia, terapias especializadas, próteses auditivas.

Compõem a alta complexidade do município os seguintes serviços: Hemodiálise, Oncologia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Vascular, Cirurgia Endovascular, Neurocirurgia, Medicina Nuclear, Hemodinâmica, Tomografia Computadorizada.

A média e a alta Complexidade conveniada do município é composta por: 2 Hospitais Filantrópicos, 4 Laboratório de Análises Clínicas (um deles é próprio do município), 1 Laboratório de Patologia, 1 Consórcio Intermunicipal de Saúde, 3 Clínicas de Fisioterapia (uma delas é própria do município), 1 Centro de Especialidades Odontológicas, 1 Policlínica, 1 Centro de Atenção Psicossocial.

A UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família) Rasa situa-se no Bairro Rasa de Ponte Nova. O bairro contém 1 escola municipal, 1 creche, 1 igreja católica, 3 igrejas evangélicas. Conta com 1 mercado, 1 padaria; não possui farmácias ou bancos. Porém, fica muito próxima ao centro da cidade, e possui muitos pontos de ônibus, proporcionando fácil acesso a estes recursos para os moradores.

A unidade localiza-se na Rua João Alves da Paixão n. 1225. O atendimento se dá em uma casa alugada pela prefeitura, adaptada para a UBS. A casa possui 3 quartos, onde funcionam o consultório médico, a sala da enfermagem e a sala de reuniões. Possui uma sala, onde funciona a recepção, uma copa, onde funciona a

farmácia e uma cozinha, onde fica a sala de curativos. Conta ainda com uma pequena área, que foi adaptada para a cozinha, e 2 banheiros. Devido ao espaço restrito, o consultório odontológico encontra-se adaptado na Escola João Guimarães, onde funciona todo o serviço de odontologia. Na unidade não são feitas medicações endovenosas ou injetáveis; caso haja necessidade, encaminhamos ao serviço de urgência.

A população é predominantemente urbana, porém, temos 109 famílias residindo na zona rural - o que corresponde à área de um ACS. Nesta área, temos uma escolaridade reduzida, com 65% dos jovens de 7-14anos na escola, bem como rede pública de água contemplando apenas 46,8% da população, sistema de esgoto com 82,5% e coleta de lixo com 46,8% (SIAB, 2014).

A UBS funciona de 7h00 às 11h00 e de 13h00 às 17h00 horas, permanecendo fechada no restante do tempo. A equipe é composta por 1 médica, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 5 ACS, 1 agente de combate a dengue, 1 dentista e 1 auxiliar de dentista. Além disso, conta com 1 auxiliar de serviços gerais, 1 pediatra que atende na unidade por 2 turnos na semana, 1 nutricionista que comparece 1 turno na semana para palestras e orientações. A equipe do NASF também atua na área, com farmacêutico, fisioterapeuta, educador físico e psicólogo que comparecem semanalmente à unidade, para serviços de atendimento, palestras e grupos.

A área é composta por 2.311 usuários cadastrados, sendo 51% do sexo masculino e 13% acima de 60 anos. Há uma porcentagem de 14.84% de portadores de hipertensão arterial e 3.98% portadores de diabetes mellitus. São 738 famílias cadastradas, com 25.61% delas possuindo plano de saúde (SIAB, 2014).

## 1.1 Diagnóstico Situacional

Após análise do território e discussão com a equipe, foram enumerados os principais problemas existentes na comunidade e que influenciam diretamente no processo saúde-doença da população local. Os índices de doenças infectoparasitárias, as más condições sanitárias e habitacionais – aqui com destaque para a população da zona rural –, higiene inadequada, baixa escolaridade, limitadas opções de lazer, má aderência ao tratamento foram alguns dos problemas identificados pela equipe. No que diz respeito ao processo de trabalho, destaca-se a dificuldade na organização da demanda – principalmente da demanda espontânea – e a dificuldade no estabelecimento e manutenção de grupos. Tivemos, todavia, como o maior problema identificado, o uso indiscriminado de psicofármacos em geral, especialmente benzodiazepínicos.

Chamou atenção, desde o início do trabalho na unidade, o elevado número de usuários que fazem uso de benzodiazepínicos, principalmente entre a população idosa. Em revisões de prontuário, nota-se que o uso, na maioria das vezes, é de longa data, configurando uso crônico e de elevada dependência. De maneira geral, os pacientes não comparecem a consultas há anos e apenas solicitam a seus ACS que “peguem novas receitas com os médicos”. Há grande número de casos sem qualquer indicação de uso e, mais que isso, inúmeros casos em que o medicamento teria contra-indicações. O que causa espanto ainda mais é o quanto a prática é rotineira e tratada de modo natural pelos pacientes e demais integrantes da equipe.

Os “nós críticos” identificados foram o uso inadequado dos benzodiazepínicos e suas implicações. Dentre estas, temos: resistência a troca terapêutica, desinformação dos usuários e da equipe sobre os danos do uso prolongado.

## 2 JUSTIFICATIVA

O uso prolongado de benzodiazepínicos está, na maior parte das vezes, associado a problemas de insônia, transtornos mentais (como depressão e ansiedade) ou até mesmo problemas da vida cotidiana. É definido como o uso sem supervisão médica, em quantidades e/ou tempo superiores ao considerado adequado para a situação/patologia.

O uso indevido de benzodiazepínicos tem grande relevância para a saúde pública, uma vez que o uso tem crescido significativamente nos últimos anos (MILLER, 2009 *apud* SOUZA; OPALEYE, NOTO, 2013). O uso crônico tem como principais efeitos colaterais as alterações cognitivas, de memória e a própria dependência, com necessidade de doses cada vez maiores.

Este trabalho se justifica pela situação constatada na UBS Rasa de Ponte Nova-MG, com pacientes em uso da medicação há décadas. A falta de informação e a baixa percepção dos efeitos deletérios advindos deste uso – por parte de usuários e profissionais – constituem nos principais fatores que levaram ao quadro atual. Assim, faz-se necessário que haja intervenções para informação e controle desta realidade.

### 3 OBJETIVO

Descontinuar o uso crônico de benzodiazepínicos entre os usuários da UBS Rasa.

#### 3.1 Objetivos Específicos

- Conscientizar a população sobre os riscos do uso prolongado.
- Interromper o hábito de renovação de receitas e prescrição indiscriminada.
- Orientar a população sobre hábitos e estilos de vida mais saudáveis.

#### 4 METODOLOGIA

Serão realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, site eletrônico do DATASUS, dentre outros. Será realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual do Nescan – Universidade Federal de Minas Gerais, edições do Ministério da Saúde. Muitas informações foram obtidas através da clínica cotidiana e reuniões com a equipe. Dados também serão levantados através de registros da unidade, observação e entrevistas. A busca será guiada utilizando-se os seguintes descritores: benzodiazepínicos, estratégia saúde da família, planejamento em saúde, dentre outros de relevância ao projeto. As informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional servirão, então, de base para o desenvolvimento do plano de ação.

O trabalho será constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema. Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional serão utilizados na construção do plano de ação, tendo como referência os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS, 2010) e que nortearam todo o processo.

Diante da identificação do problema, o uso indiscriminado de benzodiazepínicos é necessária a elaboração de um plano de ações. Deve-se, pois, partir da identificação dos “nós críticos” que, no caso, estão relacionados ao uso inadequado de medicação controlada e as suas implicações: resistência à troca terapêutica, desinformação dos usuários e da equipe sobre o uso prolongado. A ação será no estímulo a mudanças de hábito e estilo de vida, estímulo à descontinuação do uso crônico e diminuição/eliminação da prescrição indiscriminada.

No desenho das operações, temos:

- Hábitos e estilos de vida: ações de informação, como grupos comunitários, para orientações sobre mudanças de hábitos e higiene do sono, visando sono reparador, de qualidade.

- Descontinuação do uso crônico: através de ações de conscientização da equipe e dos usuários sobre danos causados pelo mesmo, com grupos e atendimento individualizado.
- Prescrição indiscriminada: interromper o hábito de renovação de receitas sem a presença do paciente. Informação médica para avaliar se há uma real indicação da medicação prescrita.

Dentre os recursos críticos identificados, temos:

- Hábitos e estilos de vida: cognitivos – sendo crucial a atitude de mudança de vida –, político e financeiro.
- Descontinuação do uso crônico: cognitivo, com concordância do paciente.
- Prescrição indiscriminada: cognitivos, com mudança da atitude do médico.

Em relação à viabilidade do projeto:

- Hábitos e estilos de vida: realização de palestras na UBS, propostas às instituições e junto ao NASF.
- Descontinuação do uso crônico: grupo de usuários crônicos de benzodiazepínicos.
- Prescrição indiscriminada: troca terapêutica, com uso de drogas alternativas.

O plano operativo será com cartazes na UBS e no bairro, com informações e convites para a população, realizados pela equipe de saúde. Promoção de grupos de caminhada, estímulo à atividade física pela equipe de saúde com apoio dos profissionais do NASF. Realização de palestras educativas pelo médico e enfermeiro, através de grupos de usuários crônicos de benzodiazepínicos. Busca de informação (da parte médica) para troca terapêutica nos pacientes quando necessária, e com prescrição consciente se necessário.



## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Os Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos começaram a ser amplamente prescritos no tratamento dos transtornos ansiosos durante toda a década de 1970, pois se tratava de uma opção segura e de baixa toxicidade dentre os medicamentos disponíveis. Porém, não se tinha o conhecimento de seu potencial nocivo e elevado grau de dependência que viria a causar (GRIFFITHS, 1980).

Atualmente, estima-se que cerca de 50 milhões de pessoas façam uso de benzodiazepínicos diariamente. Mulheres acima de 50 anos, com problemas psiquiátricos ou patologias crônicas, representam a maior parte destes usuários. Mais de 50% das prescrições são realizadas por médicos clínicos, e não psiquiatras, tendo a atenção básica uma grande responsabilidade na prescrição e renovação de tais medicações. Os benzodiazepínicos são, hoje, responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos (HALLFORS et al., 1993).

Os benzodiazepínicos têm como suas principais funções farmacológicas: sedativo, hipnótico, relaxante muscular, anticonvulsivante e ansiolítico (HOLLISTER et al., 1990). Para cada uma das suas ações, há indicação, dosagem e tempo de uso específicos.

### 5.2 Farmacodinâmica

O mecanismo de ação baseia-se, basicamente, na atuação seletiva nos receptores GABA (ácido gamaaminobutírico), levando a uma ação inibitória em todo o SNC (Sistema Nervoso Central). Isto leva a um efeito depressor, deixando o usuário mais tranquilo, relaxado e sonolento. (COELHO, et al., 2006)

Os benzodiazepínicos são medicamentos altamente lipossolúveis, o que lhes proporciona uma rápida e completa absorção no SNC, após ser ingerido por via oral.

Esta lipossolubilidade, porém, varia entre os diversos tipos de benzodiazepínicos, influenciando na escolha da prescrição. Midazolam e Lorazepam possuem uma boa hidrossolubilidade e mostram-se seguros para administração intramuscular, diferente de outros tipos (GORESTEIN et al., 1999).

A metabolização é hepática e a eliminação se dá como conjugados de glicuronídeo na urina. A duração da ação (meia-vida) é variável, de modo que podem ser divididos em compostos de ação curta, média e longa.

Tabela 1: Parâmetros Terapêuticos dos Benzodiazepínicos

Benzodiazepínico (meia-vida)	Meia-vida (h)	Ligação Proteica (%)	Dose Terapêutica (mg)	Dose Equivalência (diazepam 10mg)
<b>Muito curta</b>				
Midazolam	1,5 - 2,5			15mg
<b>Curta</b>				
Alprazolam	6-20		0.75-4	1mg
Bromazepam	12	70	1.5-18	6mg
Lorazepam	9-22	85	2-6	2mg
<b>Intermediária</b>				
Clordiazepóxido	10-29	93	15-100	25mg
Clonazepam	19-42		1-3	2mg
Diazepam	14-61	98	4-40	10mg
Nitrazepam	16-48		5-10	10mg

FONTE: Hollister & Csernansky (1990)

### 5.3 Indicações Terapêuticas

Os BZDs têm como principais funções terapêuticas: redução da ansiedade e agressividade, redução do tônus muscular, indução do sono e sedação, amnésia anterógrada e anticonvulsivante (RANG, et al., 2011, p.534). O tempo de ação da medicação, a dose e o tempo de uso podem obter controle mais efetivo sobre a potência de hipnose ou sedação desejados.

Embora, no passado, fossem mais usados para transtornos psiquiátricos, temos, hoje, como suas principais indicações: casos agudos e subagudos de ansiedade, insônia e crises convulsivas (SALZMAN, 1990).

O uso diário destas drogas não é recomendado para transtornos de ansiedade crônica, a despeito de sua eficiência. Os BZDs podem, porém, ser introduzidos no

início do tratamento de quadros ansiosos e/ou depressivos desde que associados a outro medicamento – na maioria das vezes antidepressivo – e com duração de uso limitada (PEREIRA, 2013).

#### 5.4 Efeitos colaterais

Embora sejam consideradas medicações seguras, os BZDs não estão isentos de efeitos colaterais., com maior incidência nos primeiros dias de uso. Dentre os principais efeitos, podem ser citados: sonolência excessiva, piora da coordenação motora, piora da memória, tontura e zumbidos, quedas e fraturas, dependência e reação emocional paradoxal – como agressividade, excitação e desinibição (LONGO;JOHNSON, 2000).

Os BZDs levam a dependência e tolerância na maior parte dos usuários. Isso faz com que doses cada vez maiores sejam necessárias para que se obtenha o mesmo efeito terapêutico. Quando, porém, o uso é interrompido abruptamente, surgem sinais e sintomas contrários aos efeitos da droga – a chamada síndrome de abstinência (TELLES FILHO et al., 2011).

#### 5.5 O uso abusivo

O uso de psicofármacos de forma abusiva tem sido objeto de análise e discussão em saúde pública. Os BZDs, em especial, tem um potencial conhecido de causar dependência em seus usuários. Não há um consenso na literatura quanto ao tempo de uso ideal da medicação, porém sabe-se que seu uso não deve exceder algumas semanas. São vistos na prática clínica, entretanto, pacientes que fazem uso de tais drogas há anos ou até décadas (CASTRO et al., 2013).

De acordo com Auchewski et al. (2004), os BZDs estão entre as drogas mais prescritas em todo o mundo, com aumento crescente de seu uso – estima-se que o consumo dobre a cada 5 anos. A redução da tolerância ao estresse, a pressão da indústria farmacêutica e introdução de novas drogas aliados a prescrição inadequada

por parte dos médicos são alguns dos fatores que podem ter contribuído para tal aumento.

O uso prolongado, de forma abusiva ou até mesmo em doses baixas, leva prejuízos permanentes nas funções psicomotoras e cognitivas. Sendo assim, faz-se necessário que haja intervenções e estratégias de promoção de saúde que visando solucionar este problema. A eliminação da automedicação e do uso desregrado da medicação são caminhos para que se reduzam os riscos e danos aos usuários e, conseqüentemente, à comunidade.

## 6 PLANO DE AÇÃO

**Quadro 1** – Operações sobre “hábitos e estilo de vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF da Rasa, em Ponte Nova, Minas Gerais

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos e estilo de vida
<b>Operação</b>	Estímulo a mudanças em hábitos de vida e higiene do sono
<b>Projeto</b>	<b>Viver Melhor</b>
<b>Resultados esperados</b>	Redução da ansiedade, melhora da qualidade do sono., alimentação saudável.
<b>Produtos esperados</b>	Programa de atividades físicas e palestras educativas.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Toda a ESF, equipe do NASF e usuários.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: mudança de hábito de vida. Financeiro: investimento em recursos para comunidade. Político: envolvimento de autoridades.
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo: desejo e atitude dos usuários para mudança do estilo de vida.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Coordenador da ESF - enfermeira. Motivação: Favorável da parte dos usuários.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Palestras na UBSF, com cartazes e convites à população. Grupo de caminhada, aulas de ginástica. Apresentação de projetos às autoridades.
<b>Responsáveis:</b>	Médico, enfermeira, com apoio do farmacêutico do NASF: promoção de palestras na UBSF e no grupo da terceira idade, semanalmente. Nutricionista do NASF: grupos quinzenais para orientação alimentar. Educador físico do NASF e ACS: grupos de caminhada e ginástica 2 vezes por semana.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início das atividades em 1 mês: após estruturação e reuniões com responsáveis. Palestras: 6 meses de duração. Grupo de caminhada e aula de ginástica: pretensão de permanência dos grupos.

<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	<p>Palestras monitoradas pelo médico: avaliar entendimento e dúvidas dos usuários a cada 2 meses.</p> <p>Grupo de alimentação saudável monitorado pela nutricionista: avaliar peso e mudanças de hábitos alimentares a cada 2 meses.</p> <p>Grupo de caminhada monitorado pelo ACS: avaliar adesão e opinião dos usuários.</p> <p>Aulas de ginástica monitoradas pelo educador físico do NASF: avaliar adesão e satisfação dos usuários.</p>
---	--

**Quadro 2** – Operações sobre a “descontinuação do uso crônico e prescrição indiscriminada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF da Rasa, em Ponte Nova, Minas Gerais

<b>Nó crítico 2</b>	Descontinuação do uso crônico e da prescrição indiscriminada
<b>Operação</b>	Descontinuar o uso de BZD e reduzir receitas indiscriminadas
<b>Projeto</b>	<b>Uso consciente</b>
<b>Resultados esperados</b>	Descontinuação do uso crônico de BZDs e melhoria técnica das prescrições.
<b>Produtos esperados</b>	<p>Grupos de usuários crônicos de BZDs.</p> <p>Receitas renovadas na presença do paciente com indicação, quantidade e tempo de uso adequados.</p>
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	ESF (principalmente médico), psicóloga do NASF, psiquiatra do CAPS e usuários.
<b>Recursos necessários</b>	<p>Cognitivo: mudança de paradigmas, avaliação médica individualizada.</p> <p>Organizacional: Criação de protocolos, formação de grupo de usuários.</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Cognitivo: desejo e aceitação dos usuários. Mudança de atitude do médico e toda a ESF em relação à renovação das receitas.</p> <p>Organizacional: adesão aos grupos de usuários crônicos.</p>
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<p>Ator que controla: Médico da ESF.</p> <p>Motivação: Favorável da parte de alguns usuários, resistência da parte de outros.</p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	<p>Formação de grupos para usuários crônicos de BZDs com palestras ministradas pelo médico, farmacêutico do NASF com apoio do Psiquiatra do CAPS..</p> <p>Fortalecimento da Terapia Comunitária já existente na UBSF ministrada pela</p>

	<p>psicóloga do NASF, com projetos para aumento de adesão dos usuários.</p> <p>Consultas individualizadas para avaliação da medicação.</p> <p>Promoção de palestras ministradas pelo psiquiatra do CAPS e médico da ESF para capacitação de toda a equipe quanto aos danos do uso prolongado, visando a redução da prescrição indiscriminada.</p>
<b>Responsáveis:</b>	<p>Médico e farmacêutico do NASF: grupo de usuários crônicos de BZDs, semanal.</p> <p>Psicóloga do NASF: grupos quinzenais de terapia comunitária.</p>
<b>Cronograma / Prazo</b>	<p>Início das atividades em 1 mês: após estruturação e reuniões com responsáveis.</p>
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	<p>Grupo monitorado pelo médico: avaliar entendimento, resultados. Avaliar adesão durante consulta médica. Auxílio de toda a ESF para notar redução no uso.</p> <p>Grupo de Terapia Comunitária monitorado pela psicóloga do NASF: avaliar adesão e satisfação dos usuários.</p>

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso prolongado de benzodiazepínicos configura um problema de saúde pública na maior parte dos serviços de atenção básica do país, envolvendo usuários, familiares e toda a equipe de saúde. O despreparo e, muitas vezes, a falta de envolvimento dos profissionais de saúde, aliados a falta de informação e percepção das consequências por parte dos usuários são fatores que precisam ser mudados.

Com este plano de ação, espera-se que o uso crônico e indiscriminado de BZDs entre os usuários do PSF da Rasa de Ponte Nova, Minas Gerais, seja descontinuado – naqueles usuários em que a indicação não for necessária – e que, assim, haja melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Com a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e melhor higiene do sono, os usuários não somente deixarão de depender desta medicação, como também terão inúmeros benefícios nas demais patologias ou comorbidades.

O plano terá grande relevância para toda a ESF, com conscientização dos danos outrora desconhecidos pelos seus membros. Com a colaboração dos ACS, espera-se que a adesão dos usuários à ginástica e aos grupos seja satisfatória. A colaboração do médico da equipe faz-se fundamental para que seja interrompida a prescrição indiscriminada.

Com o projeto em prática será, então, possível garantir uma adequação dos hábitos de vida, prescrição consciente dos medicamentos, uso racional por parte dos usuários levando a uma redução/eliminação dos efeitos indesejados e, certamente, uma melhoria importante na qualidade de vida da comunidade.



## 8 REFERÊNCIAS

ASHTON, H. The treatment of benzodiazepine dependence. *Addiction* 1994 (89): 1535-1541.

AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 26, n. 1, p.24-31, mar. 2004.

BATESON, A. N. Basic Pharmacologic Mechanisms involved in Benzodiazepine Tolerance and Withdrawal. *Curr Pharm Des* 2002; 8(1): 5-21

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

Consolidado das famílias cadastradas no ano de 2014 – SIAB. Impresso dia 16.05.2014. Documentos cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova, Minas Gerais.

Consolidado das famílias cadastradas no ano de 2014 – SIAB. Impresso dia 16.05.2014. Documentos cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova, Minas Gerais.

DUPONT, RL. A physician's guide to discontinuing benzodiazepine therapy - addiction medicine and the primary care physician. **West J Med**, 1990; 152:600-3.

GORENSTEIN, C., POMPEIA, S. Farmacocinética e Farmacodinâmica dos benzodiazepínicos. In: Bernik M. A. Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência. São Paulo: Edusp; 1999.

GRIFFITHS, R. R. Benzodiazepine self-administration in animals and humans: a comprehensive literature review. NIDA Res Monogr 1980; (33): 22-36.

HALLFORS, D. D., SAXE, L. The dependence potential of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. **Am J Public Health**, 1993; 83(9): 1300- 4.

HIRSCHFELD, R. M. A. General Introduction. In Benzodiazepines – Report of the W. P. A. Presidential Educational Task Force; Edited by Y. Pelicier – 1993.

HOLDEN J.D. et al.. Benzodiazepine prescribing and withdrawal for 3234 patients in 15 general practices. **Fam Pract** 1994 Dec;11(4):358- 62.

HOLLISTER, L.E., CSERNANSKY. Benzodiazepines. In: HOLLISTER, L.E., CSERNANSKY Pharmacology of Psychoterapeutic Drugs. New York, Churchill Livinstone, 1990.

JUERGENS, S.M., COWLEY, D. The Pharmacology of Sedatives-Hypnotics in In: GRAHAM A.W., SCHULTZ, T.K. Principles of addiction medicine. Chevy Chase: ASAM; 1998, 2(3): 117-130.

Mental Health Foundation (MHF). Guidelines for the prevention and treatment of benzodiazepine dependence. Washington: MHF; 1992.

MILLER, N.S. Liability and efficacy from long-term use of benzodiazepines: documentation and interpretation. **Psychiatric Ann** 1995 (3):166-73.

PEREIRA, A.A et al. Saúde Mental. 2. Ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013.

PERRY, P.J., ALEXANDER, B. Sedative/hypnotic dependence: patient stabilization, tolerance testing and withdrawal. **Drug Intell Clin Pharm** 1986; 20 (7-8): 532-7.

Plano Municipal de Saúde de Ponte Nova 2013-2017. Documento cedido pela Secretaria Municipal de Saúde de Ponte Nova.

PODHORNA, J. The Experimental Pharmacotherapy of Benzodiazepine Withdrawal. **Curr Pharm Des** 2002; 8(1) 23-43.

Portal da Prefeitura Municipal de Ponte Nova. Disponível em:

<<http://www.pontenova.mg.gov.br/home/>> Acesso em 15 de maio de 2014.

RANG, H.P. et AL. **Farmacologia**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011.

Relatório de Gestão Anual: Período de Janeiro a Dezembro de 2013. Acesso em 16 de maio de 2014. Disponível em <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/>>

RICHELSON K, et al. Long-term therapeutic use of benzodiazepines - I. Effects of abrupt discontinuation. **Arch Gen Psychiatry** 1990; 47(10): 899-907.

SCHWEIZER E, RICHELSON K. Benzodiazepine dependence and withdrawal: a review of the syndrome and its clinical management. **Acta Psychiatrica Scand**, 1998; (98 - Suppl.393): 95-101.

Seção 2 – Diagnóstico Situacional em Saúde. Disponível em

<<https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/>> Acesso em 20 julho 2014.

TELLES FILHO, P. C. P. et al. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3,p.581-586, jul./set. 2011. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452011000300020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000300020&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 dez. 2014.

TYRER, P. Dependence as a limiting factor in the clinical use of minor tranquilizers.

**Pharmac Ther** 1988; 36:173-88.