

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

**FRANCISCO BONFÁCIO DE OLIVEIRA MENDES**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE O USO PROLONGADO DOS  
BENZODIAZEPÍNICOS DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA ALTEROSAS II DO  
MUNICÍPIO DE BETIM-MG**

**BELO HORIZONTE - MG  
2014**

**FRANCISCO BONFÁCIO DE OLIVEIRA MENDES**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE O PROLONGADO DOS  
BENZODIAZEPÍNICOS DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA ALTEROSAS II DO  
MUNICÍPIO DE BETIM-MG**

Trabalho de término de curso apresentado como pré-requisito para conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

**BELO HORIZONTE**

**2014**

**FRANCISCO BONFÁCIO DE OLIVEIRA MENDES**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE O USO PROLONGADO DOS  
BENZODIAZEPÍNICOS DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA ALTEROSAS II DO  
MUNICÍPIO DE BETIM-MG**

Banca Examinadora

Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi (Orientador)

Profa. Adelaide de Mattia Rocha

Aprovada em Belo Horizonte – MG em 10/02/2014

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, ... “Amém! Louvor e glória, sabedoria, ações de graças, honra, poder e força sejam ao nosso Deus para todo o sempre. Amém.”  
Apocalipse 7:12

## RESUMO

**Objetivo:** Capacitar a equipe da UBS Alterosa II do município de Betim-MG para abordagem de pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos.

**Métodos:** Neste estudo foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos científicos, consensos médicos, livros textos e outras fontes que tratem do uso crônico de benzodiazepínicos. A busca por artigos científicos foi feita no site <http://www.scielo.br> usando a palavra-chave “benzodiazepínicos”. Os livros e outras fontes foram selecionados em locais variados levando em consideração o relevante valor científico.

**Resultados:** Os benzodiazepínicos ao agirem apresentam cinco propriedades farmacológicas. São sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. Algumas propriedades são mais notórias em um do que em outro. Quando ultrapassar períodos de 4 a 6 semanas, o uso de benzodiazepínicos pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. Após o uso prolongado e a retirada abrupta dos benzodiazepínicos algumas condições clínicas podem surgir. Rebote é o retorno do sintoma original, com maior intensidade e com caráter transitório. A recorrência (ou recaída) é o mesmo padrão sintomatológico anterior, ao uso da medicação, porém de intensidade e apresentação de maior persistência. A síndrome de abstinência é o aparecimento de novos sinais, sintomas e agravamento dos pré-existentes. Rebote, recorrência e sintomas de retirada podem se somar. Todos os sintomas apresentados melhoram de uma a quatro semanas, exceto os de recorrência. Dose diária e tempo de uso continuado dos benzodiazepínicos são fatores importantes para se instalar um quadro de dependência. A farmacovigilância tem um papel relevante na proteção da saúde coletiva de qualquer país, uma vez que é responsável pela avaliação de evento adverso, interação medicamentosa, inefetividade, uso inapropriado, falsificação, dependência ou envenenamento por medicamentos. A capacitação da equipe da UBS Alterosas II, para o enfrentamento do uso crônico de benzodiazepínicos, é estritamente relacionada ao entendimento, aprendizagem e habilidades de transmitir de forma convincente estes conceitos. O plano de intervenção foi elaborado com o desenho das operações dos nós críticos, identificação dos recursos, busca de parceria com os atores que controlam os recursos críticos, determinação de um responsável por cada operação, fixado prazo para cada operação e mapa de acompanhamento das ações desenvolvidas.

**Conclusões:** Intervenções no sentido não apenas de controlar o acesso aos BZP pelos usuários, mas educar médicos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e pacientes para o uso racional destas substâncias, parecem ser as formas de atuação mais promissoras frente a essa realidade.

**Palavras-chaves:** Benzodiazepínicos, Dependência, Abstinência, Uso crônico de benzodiazepínicos.

## ABSTRACT

**Maingoal:** To capacitate enable the team (staff) at UBS Alterosas II in the city of Betim – state Minas Gerais to approach patients on chronic usage of benzodiazepines.

**Methods:** this study consists of a bibliographic review on scientific articles, medical consensus, text-books and other sources that talk about the chronic usage of benzodiazepines. The search for scientific articles has been done on the site <http://www.scielo.br> using the key-word “benzodiazepines”. The books and other sources had been selected from several places considering their relevant scientific value.

**Results:** Benzodiazepines in action present five pharmacologic properties. They are: sedative, hypnotic, anti-anxiety, muscle relaxant and anticonvulsant. Some properties are more noticed in one than in other. When exceeding periods from 4 to 6 weeks, the use of benzodiazepines can lead to tolerance development, abstinence or dependency. After a long-term treatment and abrupt withdrawal of benzodiazepines, some clinical conditions may appear. „Rebote“ is the return of the original symptom, with higher intensity and with transitory characteristic. The relapse is the same former symptom pattern as that previous to the medication, but with higher intensity and showing more persistence. The withdrawal symptom is the appearance of new signs, symptoms and worsening of the previously existing ones. Relapse, recurrence and withdrawal symptoms can be added. All the presented symptoms improve within one to four weeks, except those of recurrence. Daily dose and long-term usage of benzodiazepines are important factors that may cause a dependency situation. The pharmacosurveillance plays a relevant role in the collective health protection in any country, since it is responsible for evaluating adverse events, medicine interaction, non effectiveness, misuse, forgery, dependency or poisoning caused by medications. The capability of the UBS-team at Alterosas II, when facing the use of the chronic usage of benzodiazepines is strictly related to the understanding and learning, as well as the abilities to transmit these concepts in a convincing way. The intervention plan was created with the drawing of the critical knots, identification of the resources, search of partnership with the actors that control the critical resources, getting someone responsible for each operation.

**Conclusion:** Interventions not only to control the access to benzodiazepines by the users, but also to educate physicians, pharmacies, nurses, nursing technicians, community health agents and patients to the rational usage of these substances. Seem to be the most promising way of action facing this reality.

Key-words: Benzodiazepines, dependency, abstinence, chronic usage of benzodiazepines.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

BZD	Benzodiazepínicos
OMS	Organização Mundial da Saúde
SNC	Sistema nervoso central
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1.0 Introdução.....	8
2.0 Objetivos .....	12
2.1 Objetivo geral .....	12
2.2 Objetivos específicos .....	12
3.0 Métodos .....	13
4.0 Resultados .....	14
4.1 Revisão da literatura .....	14
4.2 Projeto de intervenção .....	19
5.0 Conclusões .....	23
6.0 Referências bibliográficas .....	24



## 1.0 INTRODUÇÃO

A história dos benzodiazepínicos (BZD) começa em 1957 quando foi sintetizado o clordiazepóxido, que só foi lançado comercialmente em 1960, iniciando-se assim a "era dos BZD". A partir de alterações estruturais na molécula original, diversos derivados foram sintetizados. Em 1963, foi lançado no mercado o diazepam, que surgiu como:

uma alternativa ao clordiazepóxido, não por ter eficácia superior a este, mas, sim, porque alguns consumidores achavam o composto original um pouco "amargo" (BERNIK, 1990, p.132).

Os benzodiazepínicos durante toda a década de 1970 foram amplamente prescritos no tratamento dos transtornos ansiosos, como medicações seguras e de baixa toxicidade. No final da década de 1970 surge a preocupação com o consumo dos mesmos, pois pesquisadores identificaram o potencial de uso nocivo e risco de dependência entre os usuários de tais substâncias (NATASY, 2008).

A Organização Mundial da Saúde define o uso racional de medicamentos como a utilização do medicamento apropriado às necessidades do paciente, na dose correta, por período de tempo adequado e a custo acessível. A ausência de atendimento a qualquer dos aspectos de racionalidade apontados nesse conceito implica em uso inadequado do medicamento (FIRMINO, 2012).

A prática do uso de BZD difere bastante em relação à sua eficácia e a efetividade, bem como das recomendações internacionalmente aceitas (BICCA, 2008).

Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais consumidos no mundo. Em 2001, consumiu-se 6,96 bilhões de doses diárias de benzodiazepínicos como hipnóticos no mundo, um número elevado, pois se considerarmos que a população mundial naquele ano era de 6.135 bilhões de pessoas (POYARES, 2005).

Hoje eles possuem um rigoroso controle de sua prescrição, devido ao seu potencial de adição, através do formulário azul e da retenção de receita. Mesmo assim eles são uma classe de psicofármacos das mais prescritas atualmente. No Brasil, é a terceira classe de drogas mais prescritas, sendo utilizada por aproximadamente 4% da população (NORDOM, 2009).

No Brasil, os números quantificando as dimensões do uso dessas substâncias são escassos, embora um estudo domiciliar nas 108 maiores cidades brasileiras

tenha mostrado que o uso em algum momento da vida sem receita médica tenha sido reportado por 5,6% de entrevistados de 12 a 65 anos (SOUZA, 2013).

Estima-se que o consumo de BZD dobra a cada cinco anos. Estudos mostram dados assustadores em algumas cidades brasileiras. Em Belo Horizonte (MG), por exemplo, o uso de agentes ansiolítico-hipnóticos em idosos atingiu índices de 95% dos entrevistados; em uma pequena cidade de São Paulo, 50% dos entrevistados usavam BZD (AUCHEWSKI, 2004).

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em 2002, concluiu ao analisar população adulta, que um em cada dez recebe prescrição de BZD, na maioria das ocasiões indicados por clínico geral (ANDRADE, 2004).

No Brasil existe, a distribuição gratuita dessas medicações nos programas governamentais, é um grande fator que, certamente, contribui e muito para o uso indiscriminado das medicações psicotrópicas. Isso porque em contra partida esses órgãos não apresentam medidas de controle, e acabam assim por permitir uma facilidade ao acesso (FILHO, 2011).

O uso abusivo de medicamentos tem sido cada vez mais objeto de crescente interesse em saúde pública e vem recentemente ganhando destaque na imprensa brasileira. Alguns levantamentos do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo mostraram este problema e revelaram que frequentemente o consumo de medicamentos é feito por jovens de diferentes classes sociais sem objetivos terapêuticos e que dentre os principais medicamentos objeto de abuso, que causam dependência física e ou psíquica, estão os BZD (MOTA, 2010).

Os benzodiazepínicos encontram-se entre os psicofármacos mais consumidos. A prevalência de consumo no nosso meio é bastante elevada, quando comparada a outros países no mundo, todavia, no Brasil, ainda são necessários melhores estudos epidemiológicos investigando o uso prolongado desses medicamentos (HUF, 2000).

Órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Internacional Narcotics Control Board (INCB), alertam sobre o uso indiscriminado e o controle insuficiente de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento. Um levantamento domiciliar nacional realizado no Brasil em 2001 demonstrou que 3,3% dos entrevistados (entre 12 e 65 anos) afirmaram uso de benzodiazepínicos sem receita médica (ORLANDI, 2005).

Em dois municípios brasileiros no ano de 1999, uma análise de 108.215 notificações e receitas especiais retidas em farmácias, drogarias, postos de saúde e hospitais, mostrou diversas falhas no controle destas substâncias como descuido no preenchimento das notificações e receitas especiais e, inclusive, indícios de falsificações, na forma de prescrições por médicos falecidos e notificações com numeração oficial repetida. Essa realidade mostra a necessidade de uma ampla revisão no atual sistema de controle dessas substâncias, assim como mudança do papel dos profissionais de saúde nesse sistema (ORLANDI, 2005).

As questões que envolvem a política de medicamentos, tais como aquisição, distribuição, legislação, controle de qualidade, relação com as indústrias farmacêuticas internacionais, acesso e equidade, vêm assumindo uma importância e dimensão cada dia maior no espaço terapêutico (ALMEIDA, 1994).

Os estudos sobre medicamentos estão imbricados em uma relação que envolve serviços de saúde e pacientes em determinados contextos sociais. Desse modo, o consumo de medicamentos é influenciado por concepções de seus consumidores e prescritores em um diálogo contextualizado pelas condições socioeconômicas (MENDONÇA, 2008).

Para se implantar um programa de prevenção adequado sobre o uso de drogas psicotrópicas numa determinada população, é fundamental conhecerem-se as características e fatores influenciadores desse consumo. Nenhum dado isolado é suficiente para se traçar um perfil dos usuários e da sociedade frente o uso das drogas. (GALDURÓZ, 2005).

Para uma discussão rica sobre o uso indiscriminado de BZD são necessários dados que busquem não apenas quantificar, mas compreender as crenças e valores que embasam as atitudes dos profissionais de saúde e de seus usuários frente ao problema (ORLANDI, 2005).

A área de abrangência da UBS Alterosas II apresenta uma grande demanda de pacientes usuários crônicos de BZD, mas os números exatos são desconhecidos. Mais importante que conhecê-los em número é possuir plano de intervenção que ajudaria aqueles pacientes que fazem uso da substância em desacordo com as recomendações aceitas.

A experiência de médico atendente e prescritor de receitas B, na equipe de Atenção Básica da UBS Alterosas II do município de Betim-MG, mostra que grande

parte dos usuários desta substância possui uma história de longo tempo de uso associada a um diagnóstico às vezes desconhecido.

Percebe-se que o tempo de uso não tem levado ao paciente a procurar informações sobre a necessidade de cessar o uso deste medicamento. Isso pode ser devido à desinformação, falta de conhecimento sobre os efeitos colaterais ou pseudoconhecimento da necessidade de uso contínuo desta substância.

É bom também lembrar que, o poder aquisitivo da população em questão é relativamente alto, e isso associado ao baixo custo dos BZD, são facilitadores para o uso indiscriminado.

## **2.0 OBJETIVOS:**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Apresentar uma proposta para capacitar a equipe da UBS Alterosas II, do município de Betim-MG, para abordagem de pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Descrever as consequências do uso crônico de benzodiazepínicos.

Revisar, na literatura, as indicações do uso crônico dos benzodiazepínicos.

Apresentar uma proposta para capacitar à equipe da UBS Alterosas II, do município de Betim-MG, sobre abordagem de pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos.

Apresentar estratégias para incluir os usuários crônicos de benzodiazepínicos no projeto de intervenção.

### **3.0 MÉTODOS:**

O projeto desta pesquisa não foi submetido à aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa, pois não envolve testes em seres humanos.

Neste estudo foi feita uma revisão bibliográfica de artigos científicos, consensos médicos, livros, textos e outras fontes que tratem do uso crônico de benzodiazepínicos. Foram selecionados e somente participaram desta pesquisa as fontes publicadas em meios acadêmicos de reconhecidos valores científicos.

A busca por artigos científicos foi feita no site <http://www.scielo.br> usando a palavra-chave: benzodiazepínicos. Os livros e outras fontes foram selecionados em locais variados, levando em consideração o relevante valor científico.

Após aquisição de material na literatura, foi elaborado estudo de revisão bibliográfica sobre o uso crônico de benzodiazepínicos, que será usado no projeto de intervenção a ser implantado na área de abrangência da UBS Alterosas II, na abordagem de pacientes em uso crônico destas substâncias.

A primeira etapa do projeto de intervenção foi composta pela elaboração de revisão bibliográfica na literatura sobre o uso crônico de benzodiazepínicos e aprovação do mesmo como trabalho de término de curso para conclusão do curso de especialização em atenção básica em saúde da família da Universidade Federal de Minas Gerais.

A segunda etapa do projeto de intervenção consistirá na capacitação da equipe da UBS Alterosas II, do município de Betim-MG, para trabalhar abordando pacientes da nossa área de abrangência em uso crônico de benzodiazepínicos.

A terceira etapa será o momento onde os usuários serão orientados sobre o uso racional de benzodiazepínicos.

## 4.0 RESULTADOS

### 4.1 Revisão da Literatura

A farmacovigilância tem um papel relevante na proteção da saúde coletiva de qualquer país, uma vez que é responsável pela avaliação de evento adverso, interação medicamentosa, ineficiência, uso inapropriado, falsificação, dependência ou envenenamento por medicamentos (MOTA, 2010).

A OMS, em um relatório sobre o uso de substâncias psicoativas, considerou o consumo destas, potencialmente maléfica à saúde e salientou que o conhecimento dos fatores que influenciam o início e a continuação do uso é incompleto (BICCA, 2008).

Para subsidiar essa discussão são necessários estudos que busquem não apenas quantificar, mas também compreender as crenças e valores que embasam as atitudes dos profissionais de saúde e dos usuários de BZD (ORLANDI, 2005).

No entanto, os efeitos nocivos à saúde e o uso abusivo dos benzodiazepínicos são bem conhecidos e para Filho, *et al* (2011), isso é influenciado por sua relativa segurança, uma vez que são necessárias altas doses para um efeito tóxico. Sua prescrição e utilização de forma abusiva influenciam na criação de um contexto de uso prolongado por uma parcela significativa da população, mesmo sendo um medicamento controlado e dispensado somente com apresentação de receita.

A dependência deve sempre ser considerada, principalmente na presença de fatores de risco para a mesma, tais como uso em mulheres idosas, em poliusuários de drogas, para alívio de estresse, de doenças psiquiátricas e distúrbios do sono (ORLANDI, 2005).

Estudos, como o de Orlandi (2005), confirmam a ocorrência de uso indevido de benzodiazepínicos no nosso país. E é percebida também a presença de dois perfis principais de usuários: Idosos, que buscam principalmente o efeito hipnótico da substância, e o outro grupo de indivíduos de meia idade, predominantemente do sexo feminino, que buscam, sobretudo, o efeito ansiolítico. Isso também é visto em estudos em níveis internacionais.

Galduroz (2005) cita que o perigo de indução de dependência por benzodiazepínicos tem sido frequentemente alertado pela Organização Mundial de Saúde. É relevante notar que a porcentagem de mulheres que usam essas

substâncias é cerca de três vezes maior do que a de homens. Estes dados estão de acordo com a literatura científica. Dentre mulheres e idosos que são grupos com maior vulnerabilidade ao uso de benzodiazepínicos, certamente existem peculiaridades, a cada grupo, a serem abordadas no caminho de uma intervenção ao uso crônico.

O consumo de medicamentos com as alterações relacionadas com o envelhecimento, quanto à farmacocinética e à farmacodinâmica, cria condições para o alto risco de efeitos colaterais e de interações medicamentosas observadas em idosos. Isso certamente é um ponto a ser considerado na nossa prática diária, pois, envolve um grupo de pacientes bem peculiares no que se refere ao uso crônico de benzodiazepínicos (GORZONI, 2012).

A idade, que é um preditor importante do uso prolongado de benzodiazepínicos, quando se estuda a população adulta como um todo, parece ter sua importância diminuída quando a análise se restringe aos maiores de sessenta anos. O número de problemas de saúde mencionados, assim como o número de medicamentos consumidos, é um indicador do estado de saúde do indivíduo, e é possível que o efeito de uma variável seja parcialmente explicado pelo efeito da outra (HUF, 2000).

Falando sobre o uso de benzodiazepínicos em idosos Poyares (2005) afirma que o consumo deve ser racional, uma vez que há relatos de aumento do risco de mortalidade com o uso crônico. E devem ser avaliados o padrão, razões e efeitos do uso continuado e das estratégias de clínicos e pacientes para cessar o uso.

Souza *et al* (2013), observaram que os principais motivos referidos para não interromper o uso de benzodiazepínicos estavam relacionados especialmente ao receio de não conseguir dormir, receio da reincidência dos sintomas ansiogênicos, ou por não perceber motivos para deixar de usar o que demonstra claramente que de maneira geral há uso destas substâncias sem conhecimento adequado de seus efeitos e formas de manuseios. Este é, sem dúvida nenhuma, um ponto que a população do Alterosas II, também tem que ser submetida a abstrair conhecimento sobre uso prolongado de benzodiazepínicos.

O estilo de vida dos povos nas últimas décadas como a ajuda na resistência para tolerar cada vez mais o estresse, a introdução de novas drogas e a pressão propagandística crescente por parte da indústria farmacêutica, podem explicar o



consumo crescente do uso de benzodiazepínicos (AUCHEWSKI, 2004).

Após alguns meses de uso contínuo, os benzodiazepínicos não mais apresentam efeito terapêutico ativo, mas, sim, os usuários passam a usá-los para evitar o surgimento dos sintomas de abstinência (BERNIK, 2013).

Quando ultrapassar períodos de quatro a seis semanas, o uso de BZD, pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência, além da perda de sua função ansiolítica e contra a insônia e, secundariamente, apresentar possíveis efeitos colaterais que seu uso pode trazer em longo prazo, como por exemplo, perda cognitiva, diminuição da produtividade, maior possibilidade de acidentes de trânsito (NORDOM, 2009 e ORLANDI, 2005).

Os BZD são substâncias que no sistema nervoso central, alteram aspectos cognitivos e psicomotores no organismo. Ao agir, qualquer dos tipos de BZD, manifesta cinco propriedades farmacológicas. São sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. Algumas propriedades são mais notórias em um do que em outro (FILHO, 2011 e NASTASY, 2008).

Eles têm a capacidade de ocasionar depressão respiratória, obstrução de vias aéreas, hipotensão arterial, excitação paradoxal e os seus efeitos são potencializados pelos opióides. Não apresentam nenhum efeito de analgesia e podem, inclusive, exercer efeito antianalgésico (SILVA, 2007).

Seu uso contínuo pode levar frequentemente, sobretudo em idosos, a sedação excessiva, tremores, lentidão psicomotora, comprometimento cognitivo (como amnésia e diminuição da atenção) e dependência (MENDONCA, 2004).

Em 1990, a Associação Psiquiátrica Americana, em estudo sobre a utilização clínica dos BZP, concluiu que a idade avançada e o uso de benzodiazepínicos em doses terapêuticas numa base diária por mais de quatro meses constituem, isolada ou combinadamente, fatores de risco para o aumento de toxicidade, especialmente déficit cognitivo e desenvolvimento de dependência (HUF, LOPES, ROZENFELD, 1990 p. 352).

Após o uso prolongado, e a retirada abrupta dos BZD, algumas condições clínicas podem surgir. Rebote é o retorno do sintoma original, com maior intensidade e com caráter transitório. A recorrência (ou recaída) é o mesmo padrão sintomatológico anterior ao uso da medicação, porém de intensidade e apresentação de maior persistência. A síndrome de abstinência é o aparecimento de novos sinais, sintomas e agravamento dos pré-existentes. Rebote, recorrência e sintomas de

retirada podem se somar. Todos os sintomas apresentados melhoram de uma a quatro semanas, exceto os de recorrência (POYARES, 2005).

Poyares, em 2005, ainda define adição como implicação de uso de BZD recreacional, ingestão de altas doses, uso prolongado, etc. Que é rara em indivíduos com insônia primária.

A atividade do sistema nervoso central é influenciada pelas funções de excitação e inibição. O principal neurotransmissor excitatório é o L-glutamato, que age diminuindo o limiar de polarização dos neurônios. Já o GABA, que é o principal neurotransmissor inibitório no SNC, ativa os receptores resultando em hiperpolarização e conseqüentemente sendo considerado um inibidor pré-sináptico de regulação da função neural (GRALLERT, 2003).

Os benzodiazepínicos agem potencializando o efeito inibitório que o GABA exerce sobre o sistema nervoso central. Eles se ligam aos complexos dos receptores e aumentam a frequência de abertura dos canais de cloro em resposta ao GABA (MARTINS, 2013).

São descritos três tipos de receptor de benzodiazepínicos: 1) receptor bzd1 ou omega1, que estão presentes no SNC em áreas responsáveis pela manutenção do ciclo sono vigília e pela sedação; 2) receptor bzd2, ou omega2, presentes no SNC em áreas responsáveis pela cognição, memória e funções psicomotoras; 3) receptor bzd3, ou omega3, presentes fora do SNC e envolvidos no relaxamento muscular (POYARES, 2000).

Com relação às interações ligante-receptor de benzodiazepínicos encontra-se: (1) agonistas, facilitam a ação do GABA, alterando a afinidade pelo complexo receptor; (2) antagonistas, que agem bloqueando as ações dos BZD por ocupação do receptor, mas não exercem qualquer atividade intrínseca e (3) agonistas inversos, que reduzem a eficiência da transmissão sináptica GABA-adrenérgica, resultando em estimulação do SNC (GRALLERT, 2003).

O flumazenil é um antagonista puro dos BZD. É utilizado, na prática clínica, para reverter os efeitos sedativos dos BZD após sedação ou em situações de intoxicação. Sua duração de ação é mais curta do que a maioria dos benzodiazepínicos. O antagonismo inicia-se um a dois minutos após a dose por via venosa, com pico em seis a dez minutos. Como efeitos colaterais podem ocorrer náuseas, vômitos, zumbidos, cefaleia, convulsões, ansiedade e labilidade emocional

(SILVA, 2007).

Os benzodiazepínicos são classificados por seu tempo de ação em:

- Longa ação: diazepam, flumazepam e clonazepam.
- Curta ação: lorazepam, flunitrazepam e alprazolam.
- Ultracurta ação: midazolam (MARTINS, 2013).

## 4.2 Projeto de intervenção

Através das fichas de produção de atendimento médico e das reuniões em equipe foi feito o diagnóstico situacional do território de nossa área de abrangência. Com as ferramentas citadas anteriormente, identificamos os principais problemas. O uso crônico de benzodiazepínicos foi identificado como o problema prioritário, a receber projeto de intervenção, isso pela sua alta importância e sua capacidade de enfrentamento real.

A área da UBS Alterosas II possui elevado número de pacientes usuários crônicos de benzodiazepínicos. Pelas características destas substâncias acredita-se em uso desnecessário e que há necessidade de implantar um plano de intervenção. O plano de intervenção ajudaria aqueles pacientes que fazem uso da substância em desacordo com as recomendações aceitas.

A experiência de médico atendente e prescritor de receitas B, na equipe de Atenção Básica da Unidade Básica de Saúde das Alterosas II, do município de Betim-MG, mostra que grande parte dos usuários desta substância possui uma história de longo tempo de uso associada a um diagnóstico às vezes desconhecido.

Percebe-se que o tempo de uso não tem levado o paciente a procurar informações sobre a necessidade de parar de tomar este medicamento. Isso pode ser desinformação, falta de conhecimento sobre os efeitos colaterais ou pseudoconhecimento da necessidade de uso contínuo desta substância.

É bom também lembrar que o poder aquisitivo da população em questão é relativamente alto, e isto associado ao baixo custo dos benzodiazepínicos são facilitadores positivos para seu uso indiscriminado.

A falta de conhecimento da população sobre os efeitos nocivos do uso crônico de benzodiazepínicos e inabilidade da equipe de saúde da área de abrangência em manejar essa situação, são fatores que influenciam negativamente o uso racional deste grupo de medicamentos.

Diante do acima citado foram identificados como nós críticos do problema:

- 1 – Baixa capacidade técnica da equipe local em abordar o uso crônico de benzodiazepínicos.
- 2 – Baixa capacidade dos usuários e da população local em abordar o uso crônico de benzodiazepínicos.

3 – Falta de processo de trabalho da equipe de saúde.

O passo seguinte foi o desenho das operações do plano. Isso é fundamental para o projeto de intervenção. Delimitar até onde é possível impactar com as possibilidades e limitações que possuímos. Isso pode ser o divisor de águas entre o sucesso e o fracasso.

Desenho das operações para os nós críticos do uso crônicos de benzodiazepínicos.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Baixa capacidade da equipe em abordar o uso de BZD.	<b>Aprender a aprender</b> Aumento conhecimento sobre uso BZD	Aumentar capacidade de manejo do uso de BZD	Revisão bibliográfica aulas com discussão de casos clínicos em equipe. Isso dentro da esfera de atribuição de cada um.	Livros, artigos científicos, folhetos, computador, sala de reuniões.
Baixa capacidade dos usuários e da população local em abordar o uso de BZD.	<b>Sabendo é Melhor</b> Informar sobre as consequências do uso de BZD.	População e usuários mais informados	Redução do uso crônico de BZD.	Conhecimento sobre o tema; organizar a agenda, folhetos, computador, sala de reuniões.
Processo de trabalho da equipe	<b>Linha de Cuidado</b> Criar a linha de cuidado do uso de BZD	Cobertura de 100% de usuários de BZD e população da área.	Protocolo de operações de cuidado em uso de BZD	Elaborar protocolo; Buscar adesão da equipe.

Dentre tudo o que se precisa, alguns recursos são indispensáveis. A equipe precisa conhecê-los para poder viabilizá-los.

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recurso crítico</b>
<b>Aprender a aprender</b>	Livros e artigos científicos.
<b>Sabendo é Melhor</b>	Organizar a agenda, folhetos.
<b>Linha de Cuidado</b>	Conseguir adesão da equipe

Nós não controlamos todos os recursos para executar todo o plano até aqui proposto. Tornar os atores que controlam os recursos críticos como parceiros no projeto é a forma mais viável de acesso aos recursos.

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recurso crítico</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>		<b>Ação estratégicas</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	
<b>Aprender a aprender</b>	Livros, artigos científicos e folhetos	Prefeitura Secretária de Saúde	Favorável ? Favorável ?	Apresentar projeto de intervenção.
<b>Sabendo é Melhor</b>	Organizar a agenda.	Gerente da unidade de saúde	Favorável ?	Apresentar projeto de intervenção e motivação.
<b>Linha de Cuidado</b>	Adesão da equipe.	A equipe	Favorável ?	Apresentar projeto de intervenção e motivação.

O plano operativo em que se busca determinar um responsável por cada operação e o prazo para execução de cada operação.

<b>Operação</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Aprender a aprender</b>	Capacitar a equipe a abordar pacientes e população para uso de BZD.	Programar reuniões da equipe sobre o assunto.	Grupo de estudo e discussão casos clínicos. Formar opinião da equipe.	Médico	Em dois meses para início.
<b>Sabendo é Melhor</b>	População mais informada.	Palestras e abordagem, um a um, os usuários de BZD	Apresentar palestras.	Médico, enfermeiro, téc. enfermagem e ACS	Em três meses para início
<b>Linha de Cuidado</b>	Cobertura de 100% dos usuários e população.	Protocolo de operações em uso de BZD.	Reuniões.	Médico.	Início imediato e constante até o fim das atividades.

Por fim é necessário acompanhamento de projetos desenvolvidos.

<b>Operação</b>	<b>Produtos</b>	<b>Resposável</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>Aprender a aprender</b>	Programar reuniões da equipe sobre o assunto.	Médico	Equipe motivada e alto grau de aprendizagem	Cumprimento do planejamento.	Manter
<b>Sabendo é Melhor</b>	População mais informada.	Médico, enfermeiro, téc. enfermagem e ACS	Adesão modesta	Baixa participação da população em ações	Em um mês para início
<b>Linha de Cuidado</b>	Cobertura de 100% dos usuários e população.	Médico.	Equipe planejante e atuante	Boas palestras e didáticas	Manuntenção

## 5.0 CONCLUSÃO

Algumas áreas da vigilância em saúde devem priorizar medidas preventivas, o que implica na modificação de condicionantes e determinantes sociais, em função do fortalecimento do uso seguro e racional destes medicamentos.

Intervenções no sentido não apenas de controlar o acesso aos BZP pelos pacientes, mas de informar médicos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e pacientes, parecem ser as formas de atuação mais promissoras frente a essa realidade.

A concepção, por parte do médico, farmacêutico e do usuário, de que esses medicamentos, quando usados de forma errada apresentam risco à saúde, é a base para o combate ao uso indiscriminado e irracional dos benzodiazepínicos.

Em suma, é necessária a criação de legislação que normatize a comercialização dos benzodiazepínicos e, associado a isso, que existam políticas sólidas de educação para profissionais de saúde e usuários no sentido de promoção do uso estritamente necessário dos benzodiazepínicos.



## 6.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F.; PEPE, V. L. E. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 1994. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> acessos em 10 out. 2013.

ALVES, H. N. P. et al. Perfil clínico e demográfico de anesthesiologistas usuários de álcool e outras drogas atendidos em um serviço pioneiro no Brasil. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 62, n. 3, jun. 2012 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> acessos em 10 out. 2013.

ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R. C. G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 40, n. 4, dez. 2004 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> acessos em 10 out. 2013.

AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 1, mar. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. acessos em 15 jun. 2013.

BERNIK, M A.; SOARES, M. B. M.; SOARES, C. N. Benzodiazepínicos padrões de uso, tolerância e dependência. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 48, n. 1, mar. 1990. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> acessos em 10 out. 2013.

BICCA, M. G.; ARGIMON, I. I. L. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. **J. bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. acessos em 15 jun. 2013.

FILHO, P. C. P. T. et al . Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, set. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> acessos em 10 out. 2013.

FIRMINO, K. F. et al . Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, jan. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. acessos em

15 jun. 2013.

GALDUROZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe, out. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> acessos em 10 out. 2013.

GORZONI, M. L.; FABBRI, R. M. A.; PIRES, S. L. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 4, ago. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. acessos em 10 out. 2013.

GRALLERT, S. R. M.; TAVARES, L. C.; ARAUJO, E. B. Radioligantes para neurorreceptores benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 39, n. 3, set. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. acessos em 15 jun. 2013.

HUF, G.; LOPES, C. S; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, jun. 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. acessos em 15 jun. 2013.

MARTINS, H. S.; NETO, R. A. B.; NETO, A. S; VELASCO, I. T. Emergências clínicas. Tratamento Específicos das intoxicações Agudas. 8. ed. Barueri: Manole Ltda., 2013.

MENDONCA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe2, dez. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> acessos em 15 jun. 2013.

MOTA, D. M. et al. Uso abusivo de benzidamina no Brasil: uma abordagem em farmacovigilância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> acessos em 10 out. 2013.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A.C.P.R. Projeto Diretrizes. Associação Brasileira de Psiquiatria. Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos. p. 4-5, 2008. Disponível em <[www.projetodiretrizes.org.br](http://www.projetodiretrizes.org.br)>acessos em 15 jun. 2013.

NORDON, D. G. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v.31, n.3, dez.2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> acessos em 15 jun. 2013.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev Latino-am Enfermagem*. São Paulo, n. 13, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. acessos em 15 jun. 2013.

POYARES, D. et al . Hipnoindutores e insônia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27,supl. 1,maio 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> acessos em 10 out. 2013.

SILVA, Y. P. et al . Sedação e analgesia em neonatologia. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 57, n. 5, out. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> acessos em 10 out. 2013.

SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, abr. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> acessos em 10 out. 2013.