

ISABELA DE REZENDE XAVIER

**O USO PROLONGADO DE BENZODIAZEPÍNICOS E SUAS
COMPLICAÇÕES: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2010

ISABELA DE REZENDE XAVIER

**O USO PROLONGADO DE BENZODIAZEPÍNICOS E SUAS
COMPLICAÇÕES: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

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

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2010

ISABELA DE REZENDE XAVIER

**O USO PROLONGADO DE BENZODIAZEPÍNICOS E SUAS
COMPLICAÇÕES: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

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

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira – orientadora

Profa. Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte 15 de abril de 2011

Dedico este trabalho a minha família, a meu marido e a todos os meus amigos que com sua alegria enfeitam a minha vida.

Agradeço a Deus, aos meus mestres, aos meus tutores e a minha orientadora por suas importantes contribuições; agradeço ainda a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

“Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem nós somos e em que estamos nos tornando, mas a maneira como respondemos ao desafio. E, enquanto acreditarmos no nosso sonho, nada será por acaso”.

AUTOR DESCONHECIDO

RESUMO

Entre as drogas mais prescritas do mundo estão os benzodiazepínicos, mas, no Brasil, são poucas as pesquisas com relação ao consumo destes medicamentos em geral. Apesar das recomendações contrárias ao seu uso prolongado, o que percebemos no dia a dia do Programa da Saúde da Família é que o uso destes medicamentos aumenta consideravelmente com o passar do tempo. O uso indiscriminado desta medicação envolve usuários, familiares e profissionais de saúde. A falta de informação sobre as conseqüências do uso contínuo de benzodiazepínicos e o despreparo profissional são os principais fatores que favorecem este fenômeno. Diante desta realidade este estudo faz uma revisão bibliográfica sobre o uso prolongado desta medicação e seus efeitos adversos, apontando a necessidade da adoção de medidas educativas/informativas que permitam racionalizar a utilização desses medicamentos minimizando seu uso abusivo e inadequado.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos, uso prolongado, programa da saúde da família

ABSTRACT

Among the most prescribed drugs in the world are the benzodiazepines, but in Brazil, there is little research regarding the use of these medications in general. Despite recommendations contrary to its prolonged use, what we see on the day of the Family Health Program is that these medications increases significantly over time. Indiscriminate use of this medication involving users, families and health professionals. The lack of information about the consequences of continuous use of benzodiazepines and the lack of professional training are the main factors that favor this phenomenon. Given this reality this study makes a review about the prolonged use of this medication and its adverse effects, highlighting the need for adoption of educational / informational to rationalize the use of these drugs while minimizing their abuse and inadequate.

Key words: benzodiazepines, prolonged use, The Family Health Program.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVO.....	12
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	13
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
4.1. Os benzodizepínicos e seu uso abusivo.....	16
4.2. Os benzodiazepínicos e seus efeitos adversos.....	18
4.3. A equipe de saúde da família e o paciente dependente de benzodiazepínico.....	20
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

1. INTRODUÇÃO

O Programa da Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade, equidade e participação popular, surge no Brasil como uma estratégia para reorganizar a prática de atenção a saúde em novas bases, e substituir os modelos tradicionais, visando melhorar a qualidade de vida da população. Constitui-se em uma estratégia para reorientação do modelo assistencial de saúde, objetivando um modelo integral de atendimento ao indivíduo em seu contexto sócio-familiar. Nesta Estratégia, o que se busca é a integralidade da assistência, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada (FORSAN, 2010; CASTRO; VARGAS, 2005).

Segundo Rosa e Labate (2005, p.1028),

O PSF apresenta-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.

Embasado nas diretrizes do SUS, desenvolve ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade por intermédio de equipes de saúde, realizando o atendimento no nível de atenção primária. O PSF visa também sensibilizar o profissional da saúde a exercitar o trabalho em equipe multiprofissional, propiciando uma maior qualidade da assistência prestada através da realização da troca permanente de experiências que contribui para uma melhor organização dos serviços e na atuação da promoção, prevenção e tratamento da doença com uma visão holística do indivíduo, onde a família é o foco central de atenção e será tratada de forma integral e contínua (BRASIL, 2007).

O usuário neste modelo de atenção passa a ser tratado, não mais como um prontuário ou um número, mas como um cidadão com uma trajetória histórica, e faz parte de um território existencial e geográfico conhecidos, portanto a equipe de saúde da família pode ser considerada como um dos dispositivos fundamentais para as práticas de saúde mental (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Na atenção básica, um dos desafios é a abordagem em saúde mental. O tratamento ao portador de transtorno depressivo/ansioso ou ao portador de algum sofrimento mental caracterizou-se por muito tempo pelo afastamento do indivíduo de seu convívio social e familiar. Entretanto, atualmente o que se busca é uma estratégia de atendimento dessa população que possibilite a sua re-inclusão na família e na comunidade e a sua conscientização para o uso racional dos psicotrópicos e em especial dos benzodiazepínicos (PEREIRA; VIANNA, 2009; SILVEIRA, 2009).

O uso prolongado de doses altas de benzodiazepínicos por períodos longos pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência, particularmente quando são prescritas doses elevadas de benzodiazepínicos de alta potência e de meia vida curta (ORLANDI; NOTO, 2005).

Tal situação pode ser observada na prática das equipes de saúde da família.

No meu cotidiano do atendimento no PSF, como enfermeira, percebo um grande número de pessoas que fazem uso prolongado de benzodiazepínicos e muitas vezes em doses elevadas. A maioria destas pessoas é composta por mulheres com idade mais avançada, de baixa escolaridade e baixa renda, e cujo principal motivo relatado para justificar o seu uso é a ansiedade e a dificuldade para dormir, o que acarreta dúvida quanto a real indicação e o uso continuado.

Neste sentido, a proposta deste estudo é fazer uma revisão de literatura sobre o uso prolongado de benzodiazepínicos e as complicações decorrentes de sua utilização a fim de compreender melhor o problema e buscar embasamento teórico para lidar com o mesmo.

2. OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo fazer uma revisão de literatura sobre o uso prolongado de benzodiazepínicos e as complicações decorrentes de sua utilização.

3. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

A metodologia escolhida foi a de revisão bibliográfica narrativa. A revisão da literatura narrativa ou tradicional, segundo Cordeiro *et al.* (2007, p. 430), “apresenta uma temática mais aberta, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica”.

Os dados foram coletados nas bases SCIELO e Biblioteca Virtual NESCON, além de teses de doutorado, dissertações de mestrado e periódicos coletados no acervo da biblioteca da Universidade Federal de Minas Gerais.

A elaboração do projeto original de desenvolvimento deste trabalho implicou em leitura da bibliografia básica, cujos títulos foram incorporados a este estudo. Todas as publicações coletadas foram lidas e as informações obtidas analisadas, passando a fazer parte do corpo deste trabalho.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Atualmente os Benzodiazepínicos são considerados como o maior grupo de medicamentos sedativos e uma das classes de medicamentos mais consumidas mundialmente. A sua elevada eficácia terapêutica e seus baixos riscos de intoxicação foram fatores desencadeantes que propiciaram uma rápida aderência da classe médica a esses medicamentos (FORSAN, 2010).

Os Benzodiazepínicos são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60. O Clordiazepóxido foi o primeiro benzodiazepínico lançado no mercado em 1960, cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorelaxantes (ORLANDI; NOTO, 2005, p. 897).

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), os benzodiazepínicos constituem o grupo de medicamentos mais utilizado no mundo. Supõe-se que entre 1 e 3% da população ocidental já tenha feito uso regular deste medicamento. Em 2001, um aspecto que chama a atenção é que 26,74 bilhões de doses diárias foram consumidas no mundo todo, sendo que somente como hipnóticos foram 6,96 milhões de doses (CEBRID, 2003).

Estima-se que o consumo de benzodiazepínicos dobra a cada cinco anos. Em pesquisa realizada, o uso de agentes ansiolíticos-hipnóticos em idosos atingiu índices de 95% dos entrevistados em Belo Horizonte - MG, enquanto em outra pesquisa numa pequena cidade de São Paulo, 50% dos entrevistados usavam benzodiazepínicos (AUCHEWSKI *et al.*, 2004).

Os principais benzodiazepínicos utilizados no Brasil podem ser vistas na Tabela 1 a seguir.

QUADRO 1

ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS DISPONÍVEIS NO BRASIL-2010

NOME QUIÍMICO	NOME COMERCIAL
ALPRAZOLAM	Apraz, Frontal, Tranquinal
BROMAZEPAM	Brozepax, Deptran, Lexotan, Nervium, Novazepam, Somalium, Sulpam
BUSPIRONA**	Ansienon, Ansitec, Bromopirim, Brozelpax, Buspanil, Buspan
CLOBAZAM	Frizium, Urbanil
CLONAZEPAM	Rivotril
CLORDIAZEPÓXIDO	Psicosedim
CLOXAZOLAM*	Elum, Olcadil
DIAZEPAM	Ansilive, Calmociteno, Diazepam, Diazepan, Kiatrium, Noam, Somaplus, Valium

LORAZEPAM*	Lorium, Lorax, Mesmerin
* ansiolíticos usados também como hipnóticos devido a grande sonolência e sedação.	
** considerado ansiolítico não benzodiazepínico.	

Fonte: psiqweb – psiquiatria geral, citado por Forsan, (2010).

Embora a literatura preconize que os benzodiazepínicos devam ser utilizados por um curto período de tempo, o que observamos é a continuidade do uso que vai além de uma indicação clínica bem definida e por um tempo de tratamento indeterminado. Diante disto surge a necessidade de racionalizar o uso excessivo destes medicamentos que vem se transformando a cada dia em um problema de saúde pública.

A utilização destes medicamentos deve ser norteada pela administração das menores doses terapêuticas e pelo menor período de tempo possível devido aos riscos de dependência e abuso (SWEETMAN, 2005).

4.1 Os benzodiazepínicos e seu uso abusivo

Os benzodiazepínicos (BZDs) exibem efeitos ansiolítico-tranquilizantes, hipnótico-sedativos, anticonvulsivantes, miorrelaxantes e induzem a amnésia e alterações psicomotoras. Toda a classe possui alta lipossolubilidade, sendo rapidamente absorvidos independentemente da via de administração (BERNIK, 1999).

Por serem altamente lipossolúveis os BZDs distribuem-se extensivamente a todos os tecidos e atravessam a barreira hematoencefálica e placentária com facilidade, aumentando a chance de anomalias congênitas e problemas neonatais (AUSTIN; MITCHELL, 1998).

Para Huf *et al.* (2000) o tempo de duração do tratamento com benzodiazepínicos não é abordado de forma explícita nos principais tratados de farmacologia. As autoras citam a Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1990) que em 1990 organizou uma força-tarefa sobre a utilização clínica dos benzodiazepínicos e concluiu que “o uso de benzodiazepínicos em doses terapêuticas numa base diária por mais de quatro meses constitui fator de risco para o aumento de toxicidade, especialmente déficit cognitivo e desenvolvimento de dependência” (HUF *et al.*, 2000, p.352).

De acordo com Bernik (1999), o potencial de abuso dos benzodiazepínicos culminando com a síndrome de dependência, é um fenômeno clínico relativamente recente.

Foi somente a partir de meados dos anos 70 - quando os primeiros estudos clínicos evidenciaram o desenvolvimento de dependência e sintomas de abstinência em doses terapêuticas - que se passou a considerar o risco de os Benzodiazepínicos induzirem o paciente ao abuso e a dependência. Mesmo assim, durante algum tempo considerava-se a própria dependência como uma complicação rara (LARANJEIRA; CASTRO, 1999, p.3).

Os indivíduos que abusam de BZDs geralmente o fazem para lidar com situações de estresse, expectativa de que o medicamento irá ajudar a resolver os problemas cotidianos ou então simplesmente por seus efeitos agradáveis tais como euforia, excitação e maior motivação para realizar atividades cotidianas.

Geralmente, os pacientes que adquirem tolerância a algum desses medicamentos, compram-no ilegalmente ou persuadem os médicos a lhes prescreverem o BZD.

Um comportamento importante e muito comum de usuário dependente de benzodiazepínico é a “procura da droga”. Os pacientes empregam várias estratégias para adquirir o medicamento controlado, tornando tensa a relação medico/paciente e causando um certo desconforto ao médico que sente-se “forçado” pelo paciente a prescrever o medicamento sem indicação clínica clara.

De acordo com Friedman *et al.* (1996), os usuários crônicos de benzodiazepínicos podem ser classificados em quatro tipos principais:

1. Usuários médicos: usuários medicados com benzodiazepínicos por indicação médica, como os portadores de doenças músculo esqueléticas e neurológicas. Os usuários médicos raramente desenvolvem abuso ou dependência.
2. Usuários diurnos: aqueles que usam benzodiazepínicos por indicações psiquiátricas, como os pacientes com ansiedade crônica. Clinicamente são pacientes mais jovens, não manifestam doenças físicas e usam o medicamento por curto período de tempo.
3. Usuários noturnos: usuários que apresentam alterações crônicas do sono. É o grupo predominante entre os usuários de benzodiazepínicos, normalmente mais velhos e do sexo feminino, são os usuários que mais relutam em se tratar quando desenvolvem dependência.
4. Poliusuários de drogas: Usuários que compreendem um pequeno grupo de pacientes que usam de forma indiscriminada e ilícita outras drogas de abuso. Normalmente são usuários mais jovens, usam doses altas diárias de BZDs, exibem vários problemas psicossociais e médicos causados pelo abuso de drogas ilícitas. Muitas vezes a desintoxicação destes pacientes tem que ser realizada em uma unidade hospitalar, em virtude do abuso concomitante de várias drogas.

Acredita-se que a grande popularidade alcançada pelos benzodiazepínicos na classe médica e na população leiga deve-se a sua inegável eficácia como ansiolítico e hipnótico, aliada à sua margem de segurança, sendo raros os casos de morte por overdose. Até hoje os benzodiazepínicos constituem uma das classes farmacológicas com maior índice terapêutico (BERNIK, 1999).

4.2. Os benzodiazepínicos e seus efeitos adversos

Embora o uso de benzodiazepínicos seja considerado seguro, restrições a sua utilização têm sido cada vez maiores devido à incidência dos efeitos colaterais, relacionados em sua grande maioria à depressão do sistema nervoso central.

Dentre os diversos efeitos desencadeados pelo uso de benzodiazepínicos consta o prejuízo de memória e o de desempenho psicomotor, além de provocar a dependência fisiológica, comportamental e psicológica.

Após a introdução do Diazepam no mercado, notou-se que sua administração intravenosa levava à redução da lembrança de fatos ocorridos enquanto os sujeitos estavam sob efeito da droga. Sabe-se hoje que esta “amnésia anterógrada” ocorre com todos os benzodiazepínicos, independente da sua via de administração, embora o início, a magnitude e a duração deste efeito varie de composto para composto. Nenhum benzodiazepínico provoca diminuição da recuperação de informações adquiridas antes da administração dessas drogas, ou seja, “amnésia retrógrada” (LARANJEIRA; CASTRO, 1996).

O principal efeito amnésico dos benzodiazepínicos é o prejuízo de memória anterógrada do tipo episódica de longo prazo. Os Benzodiazepínicos não alteram os demais subtipos de memória.

Com relação ao desempenho psicomotor, em sujeitos normais, as tarefas nas quais os benzodiazepínicos mais interferem são as que envolvem principalmente manutenção da atenção, velocidade de desempenho e precisão, o que os torna particularmente prejudiciais a pessoas que exercem atividades envolvendo precisão ou rapidez de reflexos (MENDONÇA *et al.*, 2008).

A exemplo do que ocorre com as bebidas alcoólicas, os benzodiazepínicos também afetam a capacidade de julgamento, sendo que os sujeitos podem não ser capazes de perceber o detrimento de seu próprio desempenho, o que os torna mais vulneráveis a acidentes. Há evidências de que o uso de benzodiazepínicos está associado com risco de acidentes automobilísticos (BARBONE *et al.*, 1998).

Clinicamente, observa-se o comprometimento do repertório de comportamentos do paciente com preponderância de comportamentos associativos à busca, aquisição e consumo da droga, caracterizando a dependência. O epifenômeno desse estado alterado é o surgimento de sintomas de abstinência, de duração determinada, quando da interrupção do uso da droga ou pelo uso de outra droga da mesma classe, em fenômeno conhecido como tolerância cruzada (HAEFELY, 1986).

Os primeiros sintomas de dependência quando os pacientes se encontravam em abstinência abrupta foram insônia, agitação e perda de apetite, além do agravamento dos sintomas depressivos e psicóticos desses pacientes. Convulsões foram observadas em alguns casos (Brasil, 2000).

4.3. A equipe de saúde da família e o paciente dependente de benzodiazepínicos

O Programa de Saúde da Família é considerado a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. A equipe de saúde da família, em uma de suas funções, possibilita a recriação das relações existentes entre a família, a sociedade e o paciente portador de transtornos mentais, valorizando o indivíduo e auxiliando a sua re-inserção na sociedade. Esta estratégia de atendimento vem possibilitar a inclusão dos portadores de transtornos depressivo/ansiosos no nosso dia a dia de trabalho.

Surge como consequência desses transtornos mentais o aumento do uso de ansiolíticos e antidepressivos principalmente os Benzodiazepínicos que estão entre as drogas mais prescritas no mundo e são utilizados principalmente como ansiolíticos-hipnóticos, além de possuir ação miorrelaxante e anticonvulsivante. O uso destes medicamentos muitas vezes é acompanhado de abusos, ou uso indevido, em consequência de desconhecimento e/ou automedicação.

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

Já a depressão é uma doença caracterizada pelo humor depressivo, pela perda de interesse e prazer nas atividades habituais, pela diminuição da energia, com sensação de cansaço, que leva a uma diminuição das atividades. Podem estar presentes outros sintomas como a falta de concentração e atenção, a baixa auto-estima, sentimentos de culpa ou inutilidade, pessimismo, alterações do apetite, do peso corporal e alterações do padrão do sono (MANUAL DE CONDUTAS MÉDICAS, 2003).

O uso indevido de benzodiazepínicos envolve além do usuário e sua família, os profissionais de saúde, principalmente os médicos que são os responsáveis pela sua prescrição. A falta de informação e a baixa percepção das conseqüências deletérias do uso indevido de Benzodiazepínicos por estes três personagens (usuário, família e profissional de saúde), parece ser um dos principais fatores que favorece este fenômeno.

O uso de benzodiazepínicos pode se tornar uma ameaça para os pacientes quando se vêem dependentes, sem completo controle sobre seu uso. Ocorre a perda da autonomia porque não é mais apenas um objeto para servir às pressões da vida cotidiana, aos efeitos imediatos de dormir, esquecer das questões que afligem a vida desses usuários (RIBEIRO *et al.*, 2010, p.379).

Por outro lado, as equipes de saúde da família, pela proximidade com as famílias e comunidade, são consideradas como “um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico” (BRASIL, 2003, p. 01).

No nosso atendimento diário é muito comum encontrar um grande número de pacientes depressivo/ansiosos que são usuários crônicos de benzodiazepínicos. Muitos são jovens, porém, a maioria são mulheres, com problemas pessoais em casa e no trabalho. Estes pacientes tornam-se dependentes químicos da medicação e demandam um número alto de medicamentos que poderiam ser substituídos por atividades alternativas e orientações específicas. Como profissionais somos co-responsáveis pelo acompanhamento destes pacientes, tanto deprimidos como os ansiosos ou até mesmo os que vivenciam momentos de tristeza.

De acordo com Firmino (2006), os programas de saúde deveriam ser orientados para a educação e orientação do paciente quanto aos aspectos que podem afetar a qualidade de vida, sendo que a adoção de intervenções para minimizar os agravos decorrentes do uso inadequado de BZDs, a limitação ao acesso e a educação continuada dos profissionais de saúde devem ser metas a serem trabalhadas.

A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis (BRASIL, 2003, p.02).

Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica.

Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa (BRASIL, 2003, p.3).

A população, cada vez com maior frequência, tem tentado resolver seus problemas de competência médica ou não, recorrendo aos serviços oferecidos pelo SUS, e deixa de ter uma visão ampla da saúde individual e coletiva, com seus condicionantes e determinantes sociais e econômicos, acreditando não ser possível enfrentar doenças ou problemas, sem a presença do arsenal terapêutico oferecido pelo sistema médico (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

O reconhecimento dos benzodiazepínicos, pelos médicos e pacientes, como uma “panacéia” para o stress e tensões da vida diária, somado ao marketing farmacêutico e ao fácil acesso a essa classe de medicamentos levou, principalmente os clínicos gerais, a fazer prescrições indiscriminadas, rotineiras e por longo prazo, fato que pode ser evidenciado em vários estudos em todo o mundo (CARDARELLI *et al.*, 2006 apud FIRMINO, 2006, p. 25)

Devemos levar em consideração alguns outros fatores que desencadeiam a manutenção da prescrição continuada por alguns médicos, dentre eles, a tendência a medicalização excessiva do paciente; a onipotência hipertrofiada que compreende a tendência dos médicos de fazer tudo para melhorar a qualidade de vida do paciente e pode acabar em uma manipulação por parte deste usuário que abusa de medicamentos controlados e a fobia de confrontação caracterizada pela dificuldade de estabelecer limites ao paciente e “dizer não” quando lhe é solicitado a prescrição de algum benzodiazepínico (BERNIK, 1999).

Outro aspecto importante é considerar que o uso de benzodiazepínico pode dar-se por um acontecimento na vida, como uma perda ou outro tipo de sofrimento, porém esse pode perder significância devido ao uso prolongado do medicamento. Muitas vezes também os usuários utilizam de diversos artifícios para o uso indevido destes medicamentos.

Trabalhar com o usuário portador de transtorno mental requer romper com os próprios preconceitos, pois a visão que se tem quando se fala em doente mental está ligada a manicômio, agressão, medo e essa imagem é difícil de apagar posto que faz parte das raízes educacionais. Mas o profissional de saúde, para desempenhar a sua função e exercer o comprometimento com o outro inerente à profissão, precisa adquirir um pouco de desprendimento para conseguir realizar um trabalho em prol desses usuários e seus familiares (RIBEIRO *et al.*, 2010, p.381).

É necessário que se estimule de forma ativa nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, a inclusão de diretrizes que atendam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas de saúde mental. Esta é uma forma de assumir a “responsabilização em relação à

produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo” (BRASIL, 2003, p. 6).

Para que as ações de saúde mental sejam incorporadas na atenção básica, é essencial que as equipes sejam capacitadas para a abordagem dos usuários que apresentam transtornos mentais ou sofrimento psíquico.

Uma das dificuldades no que se refere à qualificação dos profissionais da ESF em saúde mental é a falta de iniciativas por parte dos próprios profissionais em buscar conhecimentos e práticas que viabilizem o atendimento, muitas vezes justificada pelo preconceito em relação aos transtornos mentais (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Tendo em vista que a atenção básica constitui-se em um plano privilegiado para o acolhimento das necessidades em saúde mental, com intervenções que rompem com o modelo manicomial, o enfermeiro da ESF deve estar preparado para o atendimento básico de saúde ao portador de transtorno mental, reduzindo os danos aos envolvidos e uma possível hospitalização do paciente. O enfermeiro também deve ser capacitado a conduzir a comunidade e a família visando à inclusão do paciente com transtorno mental em diversas formas de organizações populares, construindo novos espaços de reabilitação psicossocial (RIBEIRO *et al.*, 2010, p.379).

Portanto, o uso de benzodiazepínicos poderá ser melhor direcionado à medida em que as equipes conscientizarem-se de suas responsabilidades para a atenção integral ao indivíduo, família e comunidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostra um importante problema de Saúde Pública atual que vivenciamos no dia a dia, a medicalização, muitas vezes exacerbada. O uso indevido de Benzodiazepínicos envolve os usuários, a família e os profissionais de saúde. A falta de informação aliada á baixa percepção das conseqüências e, o despreparo profissional, é um dos principais fatores que favorece este fenômeno. Muitas vezes os integrantes do Programa de Saúde da Família não se mostram capazes de identificar os pacientes que abusam da medicação e, mesmo quando os identificam não são capazes de fazer uma abordagem adequada.

É neste sentido que devemos buscar a criação de um espaço de orientação na Unidade Básica a cerca da ansiedade e depressão, objetivando sensibilizar os profissionais de saúde e levar conhecimento ao paciente. Desta forma, eles terão mais possibilidade de usar corretamente a medicação e de não fazer um uso nocivo da mesma. O objetivo é que os pacientes depressivo/ansiosos, os poliqueixosos e os freqüentadores assíduos do serviço de saúde possam ter a oportunidade de receber uma abordagem que não se restrinja a prescrição de um benzodiazepínico, mas que possam ser escutados em seu contexto social e ser respeitados com suas singularidades.

REFERÊNCIAS

APA (American Psychiatric Association) **Benzodiazepine Dependence, Toxicity, and Abuse. A task force Report of the American Psychiatry Association.** Washington, DC, American Psychiatric Association Press, 1990.

AUCHEWSKI, L.; ANDREATINI, R.; GALDUROZ, J.C.; LACERDA, R. B.I. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.1, p.27-34, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51516-446200400010008. Acesso em: 30 de mar. 2011.

AUSTIN, M.P.; MITCHELL, P.B. **Psychotropic Medication in Pregnant Women: Treatment Dilemas.** Med. J. Aust., 169: 428-431,1998.

BARBONE, F.; MCMAHON, A.D.; DAVEY, P.G.; MORRIS, A.D.; REID, I.C.; MCDEVITT, D.G; MACDONALD, T.M. Association of Road-Traffic Accidents with Benzodiazepine Use. **Lancet**, 352:1,331-1 336,1998.

BERNIK, MA. **Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência;** São Paulo: EDUSP, 1999. 242p.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica - o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília, 2003. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> Acesso em: 30 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de assistência psiquiátrica em HIV/ AIDS.** 2ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_psiquiatica.pdf. Acesso em 24 de mar de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.(Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4) Disponível em: [http:// www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf). Acesso em 24 de mar de 2011.

CARDARELLI, R.; LICCIARDONE, J. C; TAYLOR, L. G. A cross-sectional evidence-based review of pharmaceutical promotional marketing brochures and their underlying studies: Is what they tell us important and true?. *Biomed Central Family Practice*,v.7, n.13, março, 2006. *Apud* FIRMINO, K.F. **Benzodiazepínicos: Um estudo da indicação/prescrição no município de Coronel Fabriciano – MG – 2006**. Belo Horizonte, 2008. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Farmácia – Universidade Federal de Minas Gerais.

CARVALHO, L.F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção a saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.9,n.1,p.1-3, dez.2004.

CASTRO, Magda Ribeiro de; VARGAS, Liliana Angel. A interação/atuação da equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a população idosa adscrita. *Physis [online]*. 2005, vol.15, n.2, pp. 329-351. ISSN 0103-7331. doi: 10.1590/S0103-73312005000200008.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID) - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). Departamento de Psicofarmacologia. *Haja ansiedade. Haja insônia*. **Bol. CEBRID**, v. 47, n.11 jan/fev/mar de 2003. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/cebrid/boletimcebrid47.htm>.> Acesso em: 15 mar. 2011.

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M. O. RENTERIA, J. M.; GUIMARÃES, C. A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**,v. 34, n. 6, p. 428-31nov. -dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc>. Acesso em: 15 de mar. 2011.

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

FORSAN, M.A. **O uso indiscriminado de bendiazepínicos: uma análise crítica das praticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. 2010. 25p. Trabalho de Conclusão

de Curso (Especialização). Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649.pdf Acesso em 31 de janeiro de 2011.

FRIEDMAN, L.; FLEMING, N.F.; ROBERTS, D.H.; HYMAN, S.E. **Source Book of Substance Abuse and Adiction**. Baltimore, Maryland, USA. Williams & Wilkins, 1996.

HAEFELY, W. **The GABA benzodiazepine Interaction Fifteen Years Later**. *Neurochem. Res.*, 15:169-174, 1990.

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

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L.A.P.G. **Dependência de Benzodiazepínicos**, 2000. Disponível <http://www.uniad.org.br>. Acesso em 31/07/2010.

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

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

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

PEREIRA, Alexandre. A; VIANNA, Paula. C. M. **Saúde Mental**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. p. 76.

RIBEIRO, L. M.; MEDEIROS, S. M.; SAMI, J. A.; FERNANDES, S. M. B. A. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.2, p. 376-82, 2010. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. acesso em: 28 mar 2011.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, v.6, novembro-dezembro, 200.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf> Acesso em 24 de mar 2011.

SILVEIRA, M. R. **A Saúde Mental na Atenção Básica**: um diálogo necessário, 2009 146p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

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