

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LETÍCIA DE FIGUEIREDO KAMIMURA**

**PROJETO DE MANEJO DA DEPENDÊNCIA DE  
BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA-MG**

Uberaba/MG

2015

**LETÍCIA DE FIGUEIREDO KAMIMURA**

**PROJETO DE MANEJO DA DEPENDÊNCIA DE  
BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Maura Rezende

**UBERABA/MG**

**2015**

**LETICIA DE FIGUEIREDO KAMIMURA**

**PROJETO DE MANEJO DA DEPENDÊNCIA DE  
BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM UBERLÂNDIA-MG**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profª Drª Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Examinador 2: Profª Drª Zilda Cristina dos Santos – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Aprovado em Uberaba, em        de        de 2015.

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Regis Kamimura e Cristina de Figueiredo Kamimura.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais e meu irmão pelo apoio constante ao estudo e a me tornar cada vez melhor.

Ao Allison, pelo carinho e pelo exemplo profissional.

Aos colegas de curso por propiciar aprendizado em conjunto e pela troca de experiências enriquecedora.

Aos professores do curso pela atenção e dedicação que tiveram comigo.

A minha equipe de saúde e aos pacientes pelo exemplo em superar as adversidades.

## RESUMO

A expansão da Estratégia de Saúde da Família possibilita melhorias na qualidade da Atenção Básica à Saúde, e em Uberlândia tem permitido um diagnóstico mais acurado da situação de saúde. Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Brasil e Unidade Básica de Saúde da Família Bom Jesus o diagnóstico demonstrou o uso crônico de benzodiazepínicos, substâncias terapêuticas cujo uso prolongado causa dependência, devido a insônia, como um problema grave, com grande potencial de intervenção da equipe de saúde, e permitiu a identificação de alguns nós críticos. Este trabalho buscou elaborar um projeto de manejo da dependência dos pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família Bom Jesus, com base nos nós críticos e no Planejamento Estratégico Situacional. Foi feita uma revisão bibliográfica que auxiliou na criação do projeto. Diversas estratégias farmacológicas e não farmacológicas podem ser empregadas para a redução da dependência, assim como aumentar o nível de informação de profissionais, pacientes e familiares, e o apoio multidisciplinar.

Palavras-chave: Benzodiazepinas, Distúrbios do Início e Manutenção do Sono, Atenção Primária à Saúde

## **ABSTRACT**

The expansion of the Family Health Strategy enables improvements in the quality of Primary Health Care, and in Uberlandia it has been allowing a more accurate diagnosis of the health situation. In the area covered by the Basic Health Unit Brasil and the Family Basic Health Unit Bom Jesus the health diagnosis has showed the chronic use of benzodiazepines due to insomnia as a severe problem, with great potential of health team intervention, and it has allowed the identification of critical points. This study aimed to develop a dependency management project for the patients met at the Family Health Unit Bom Jesus, based on the critical points and the Situational Strategic Planning. A literature review helped the creation of the project. Several pharmacological and non-pharmacological strategies can be employed to reduce dependence, as well as increase the level of information from professionals, patients and families, and the multidisciplinary support.

Key words: Benzodiazepines, Sleep Initiation and Maintenance Disorders, Primary Health Care

|

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BZD- Benzodiazepínicos

DNIT- Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes

HC-UFU- Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PMU- Prefeitura Municipal de Uberlândia

UAI- Unidade de Atendimento Integrado

UBS- Unidade Básica de Saúde

UBSF- Unidade Básica de Saúde da Família



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
2 JUSTIFICATIVA .....	12
3 OBJETIVOS .....	14
Objetivo geral:.....	14
Objetivos específicos:.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Uberlândia está localizado a cerca de 550 km da capital de Minas Gerais, sendo a capital mais próxima Goiânia-GO, a cerca de 350 km, conforme informações do Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT, 2014). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) a população estimada é de 619536 pessoas, sendo 601947 residentes na área urbana.

Inicialmente denominado São Pedro de Uberabinha, a região era distrito de Uberaba, posteriormente elevada à categoria de vila. Em 1891, juntamente com o distrito de Santa Maria (antes pertencente a Monte Alegre) foi elevado à categoria de município com a denominação Uberabinha. Em 1929 houve a mudança para a atual denominação: Uberlândia. Em 1960 foram estabelecidas as divisões territoriais em cinco distritos, que permanece até hoje: Uberlândia, Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama (IBGE, 2014).

A área é de 4115,206 Km<sup>2</sup> sendo a densidade demográfica estimada em 146,78 habitantes por Km<sup>2</sup>. O número de domicílios é de 195786 (IBGE, 2014). Destes, 191868 têm abastecimento de água tratada e 188474 têm esgoto ligado à rede municipal. São estimadas 174419 famílias na área urbana e 4613 na área rural (IBGE, 2014).

A população residente por grupos etários: 31264 pessoas de 0 a 3 anos; 16640 de 4 ou 5 anos; 7600 de 6 anos; 70094 de 7 a 14 anos, 29577 de 15 a 17; 21295 de 18 ou 19 anos; 57879 de 20 a 24 anos; e 369663 com 25 anos ou mais (IBGE, 2014).

O IDH municipal é calculado em 0,789 e o PIB per capita em 2011, igual a R\$30516,51. A renda mensal per capita na zona rural é de R\$350,00, enquanto na zona urbana é de R\$666,67 (IBGE, 2014).

A economia é diversificada, com contribuição significativa das atividades do setor primário e terciário, além de indústrias e instituições atacadistas (Prefeitura Municipal de Uberlândia- PMU, 2014).

A taxa anual de crescimento populacional da cidade no período de 2000 a 2010 foi de 1,82%. Dentre os moradores maiores de 15 anos, 3,8% são analfabetos (IBGE, 2014). No triângulo mineiro 7% da população é considerada pobre. O índice de desenvolvimento da educação básica em 2011 foi de 5,8 do 1º ao 5º ano, e de 4,8 do 6º ao 9º ano (Jornal Correio de Uberlândia, 2012).

Para facilitar a administração, a zona urbana é dividida politicamente em cinco setores: leste, oeste, norte, sul e centro, sendo que cada um englobe diversos bairros. O efeito desta divisão na área da saúde é que quando há necessidade de referenciar um paciente para algum serviço especializado, ele irá para um serviço do mesmo setor onde reside, desde que o mesmo esteja disponível nesse setor, o que propicia maior comodidade por diminuir os deslocamentos.

O Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia se reúne mensalmente, na última quarta-feira de cada mês, sendo composto por 58 membros, entre conselheiros titulares e suplentes. Em 2009 foram aplicados na saúde 25,99% da arrecadação municipal (PMU, 2014). Em 2010, 22,65% da população estava cadastrada no Programa Saúde da Família (RODRIGUES; RAMIRES, 2012), sendo a restante coberta por unidades básicas de saúde tradicionais na atenção primária.

Existem serviços de média e alta complexidade em diversidade suficiente para atender quase todos os casos no próprio município, embora o número de serviços e profissionais de diversas áreas e especialidades seja insuficiente. Através de investigação participante foi possível verificar que não há um sistema de contra-referência efetivo.

Podem ser citados como serviços de média complexidade de maior relevância as Unidades de Atendimento Integrado (UAI), que oferecem pronto-atendimento e atendimento ambulatorial de diferentes especialidades e multiprofissional, além de fazerem a cobertura da atenção primária do território próximo de onde estão situadas (PMU), além de alguns outros serviços, como o Centro de Atenção ao Diabético e o Centro de Referência em Hanseníase e Dermatologia Sanitária.

Dentre os serviços de alta complexidade destacam-se o Hospital e Maternidade Municipal (PMU), e Hospital de Clínicas da Universidade Federal de

Uberlândia (HC-UFU), sendo que este também atua no nível quaternário, realizando transplantes renais e de córneas (HC-UFU).

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bom Jesus está funcionando em sede própria desde setembro de 2014, e abriga duas equipes de Saúde da Família. Antes as equipes estiveram alocadas por sete meses na Unidade Básica de Saúde do bairro Brasil, uma unidade Atenção Primária à Saúde tradicional e que realizava previamente o atendimento dos pacientes do Bairro Bom Jesus. Neste período houve dificuldades importantes no processo de trabalho, tanto por falta de pessoal, quanto por resistência da população na transição para a Estratégia de Saúde da Família, além do local de trabalho ficar fora do território.

O processo de cadastramento e territorialização estão em andamento, e o território de abrangência é o bairro Bom Jesus e parte do bairro Martins. Os profissionais em atuação em dezembro de 2014 são: duas enfermeiras, duas médicas, duas técnicas de enfermagem, doze agentes comunitários de saúde, duas oficiais administrativas, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma psicóloga, uma assistente social, duas auxiliares de serviços gerais, e um segurança.

## 2 JUSTIFICATIVA

Embora a territorialização e diagnóstico de saúde do Bairro Bom Jesus não estejam concluídos, foi possível observar alguns problemas particularmente relevantes para o serviço de saúde. Em um diagnóstico da situação de saúde da área, realizado pelo método de estimativa rápida, destacou-se o uso indevido de benzodiazepínicos por muitos pacientes.

O elevado número de pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos foi observado pela equipe ao longo dos atendimentos, quando despertou a atenção para o período de uso prolongado e as doses altas, sem que houvesse, na maioria das vezes, indicação desta terapêutica. Esta observação foi corroborada por outros médicos clínicos e demais profissionais de saúde.

Existe uma parcela considerável da população que é idosa, e apesar de não se ter dados objetivos, esta observação foi um consenso entre os agentes comunitários que estão realizando o cadastramento das famílias e, corresponde à faixa etária que mais utiliza essa classe de medicamentos. Isso é preocupante porque o uso dessas drogas está relacionado à maior prevalência de quedas, e pelo risco de interação medicamentosa, considerando que é frequente haver múltiplas comorbidades e polimfarmácia nesta subpopulação (Projeto Diretrizes, 2008).

Outro fator relevante é que, na maioria dos casos, a única justificativa para o uso desses medicamentos é o tratamento sintomático de insônia, não sendo realizado nenhum tratamento para os fatores de origem desse sintoma, como os fatores psicológicos e sociais.

Os pacientes não reconhecem que têm dependência e que isto é um problema de saúde por falta de informação. Por isso há aumento progressivo das doses de consumo, em geral pelos próprios usuários. Também, os mesmos não têm conhecimento sobre os efeitos adversos do uso prolongado, e potenciais consequências e sequelas, assim como os familiares. Isso leva a resistência e má-aderência às tentativas de redução progressiva do uso propostas nas consultas.

Outro fator crítico é que nem todos os profissionais de saúde estão capacitados e dispostos a auxiliar no “desmame” dessas drogas. No contexto da atenção primária, que era previamente executado no sistema de Unidade Básica Tradicional, em que não havia longitudinalidade, pois a cada atendimento o paciente era assistido por um profissional diferente, logo, não havia uniformidade de condutas e continuidade do tratamento.

Dessa forma entende-se que a dependência de benzodiazepínicos demanda uma intervenção mais ampla pelo serviço de saúde local, e que a equipe de saúde tem grande capacidade para minimizar esta situação, considerando-se que é uma forma de iatrogenia que pode ser evitada.

### **3 OBJETIVOS**

#### **Objetivo geral:**

Elaborar um projeto de manejo da dependência de benzodiazínicos e da insônia para a Unidade Básica de Saúde da Família Bom Jesus.

#### **Objetivos específicos:**

Realizar revisão de literatura sobre as opções terapêuticas para o manejo da dependência de benzodiazepínicos e o tratamento da insônia.

Realizar levantamento dos pacientes da área adscrita que fazem uso de benzodiazepínicos sem real indicação clínica para este tratamento, e um diagnóstico da condição de saúde dos mesmos, com ênfase na saúde mental.

Propor um plano de redução de doses e tratamento adequado de comorbidades dos pacientes identificados.

Propor medidas de prevenção de novos casos de dependência, elaborando ações de educação para os profissionais de saúde e para familiares dos pacientes.

## 4 METODOLOGIA

O presente projeto de intervenção vem propor um projeto de intervenção em uma Unidade Básica de Saúde e, para tal, foi realizado um diagnóstico da situação de saúde na área de abrangência da UBS Brasil pelo método de Estimativa Rápida no período de abril a junho de 2014. Então com base no Planejamento Estratégico Situacional foi priorizado o alto índice de dependência de benzodiazepínicos entre os pacientes considerando a gravidade e relevância, e a grande capacidade de intervenção da equipe sobre este problema. A partir disso buscou-se elaborar um projeto de intervenção adequado à realidade dos pacientes e a estrutura da UBSF Bom Jesus, procurando soluções para os nós críticos encontrados.

Foi realizada uma revisão de artigos científicos e outras publicações em português e em inglês relacionados ao tema, sendo os mesmos selecionados pela pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo e Scholar Google, a fim de buscar alternativas de intervenção sobre os nós críticos encontrados e que pudessem ser empregadas no contexto da UBSF Bom Jesus. Foram utilizados os seguintes descritores: benzodiazepínicos, desmame de benzodiazepínicos, insônia e atenção primária à saúde.

Então foi iniciada a identificação dos pacientes em uso de benzodiazepínicos e o diagnóstico de saúde mental dos mesmos, em atendimentos em consultório e em visitas domiciliares. Simultaneamente são elaborados planos terapêuticos individuais, envolvendo métodos não farmacológicos e farmacológicos, adequados a cada caso. Há suporte da tutoria de psiquiatria e do atendimento psicológico em casos selecionados.

Ao longo dos atendimentos os pacientes e familiares são alertados sobre os efeitos adversos do uso prolongado e o risco da dependência. Também serão programadas rodas de conversa para a capacitação da equipe de saúde, com o apoio dos profissionais do matriciamento da saúde mental. O conhecimento dos profissionais deverá ser avaliado pelo menos semestralmente, por teste rápido elaborado com o auxílio da equipe de saúde mental ou por método alternativo de avaliação.





## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os benzodiazepínicos são drogas hipnóticas e ansiolíticas cuja ação se baseia na atuação nos sistemas inibitórios de neurotransmissão do ácido gama-amino-butírico (GABA), e possível ação direta na indução do sono não REM. O uso clínico é considerado seguro, mas é necessária indicação e monitorização criteriosas considerando o risco de dependência, tolerância e abuso (COELHO *et al*, 2006).

Os principais efeitos dos benzodiazepínicos são redução da ansiedade e agressividade, sedação e indução do sono, redução do tônus muscular e da coordenação, indução de amnésia anterógrada e anticonvulsivante. Especificamente em relação à indução do sono, reduzem o período para iniciar o sono, e aumentam a duração total deste. Ambos os efeitos tendem a diminuir quando essas drogas são consumidas regularmente por uma a duas semanas. O uso esporádico como indutor do sono é eficaz, no entanto o uso por longo prazo é indesejado. (RANG, 2011).

O uso inadequado está relacionado a falhas no sistema de controle da dispensação das drogas, mas principalmente a falta de percepção dos riscos, tanto por pacientes, como por médicos e farmacêuticos. Assim intervenções para aumentar o grau de informação de profissionais e pacientes parecem ser as medidas mais importantes (FORSAN, 2010).

Segundo Guimarães (2013) os benzodiazepínicos tiveram o seu uso indiscriminadamente estendidos a problemas relacionados à ansiedade, estresse, insônia. Sua eficácia terapêutica e baixo risco de intoxicação, somados ao envelhecimento de uma população com pouco ou nenhum acesso a terapias que facilitem sua inserção na sociedade, têm provocado um consumo exagerado de benzodiazepínicos em todo o mundo.

Segundo Pereira e colaboradores (2013),

A ansiedade e a insônia são sintomas muito comuns na vida das pessoas. Podem representar respostas normais às pressões do cotidiano ou, manifestações de transtorno psiquiátrico que exigem tratamento específico. [...] Dependendo da intensidade, do sofrimento que provoca, da interferência ou não nas atividades diárias ou no sono e sua duração, poderá ser considerada normal ou patogênica. [...] Quase sempre, a saída praticada pelos médicos é a banalização do uso dos benzodiazepínicos, o que contribui para seu abuso e dependência no futuro.

Apesar de eficientes nos quadros de ansiedade aguda, o uso diário não deve ser recomendado nos transtornos de ansiedade crônica. Nestas situações embora possam ser prescritos para controle inicial de sintomas ou em momentos de piora do quadro, o ideal é a prescrição de um antidepressivo, medicação que possui ação ansiolítica sem gerar dependência física ou problemas cognitivos de longo prazo. Uma das alternativas possíveis é a introdução de um antidepressivo de perfil mais ansiolítico e com propriedades sobre a indução do sono como a amitriptilina ou nortriptilina, e após um controle inicial de sintomas iniciar a retirada gradual dos benzodiazepínicos, reduzindo 25% da dose a cada semana ou a cada 15 dias. Também é importante também oferecer dispositivos de apoio, por exemplo, participação em grupos de saúde mental, em grupos ou oficinas de convivência ou outros (PEREIRA *et al*, 2013).

Uma revisão de literatura a respeito de intervenções mente-corpo para o tratamento de insônia mostrou que todos os tipos de intervenções estudadas, melhoram pelo menos a qualidade subjetiva do sono, e alguns estudos demonstraram redução no uso de drogas hipnóticas em pacientes que já faziam uso. No entanto a terapia cognitiva- comportamental parece ser a intervenção mais eficiente, inclusive com melhores resultados do que terapias farmacológicas (KOZASA *et al*, 2010).

Em um ensaio randomizado que comparou o desmame de benzodiazepínicos como único tratamento em relação ao desmame aliado à terapia cognitivo-comportamental em grupo em idosos com insônia, a terapia combinada foi superior à terapia de desmame exclusiva. (BAILLARGEON *et al*, 2003).

De acordo com Guimarães (2013) é necessário um controle mais rigoroso da assistência farmacêutica na dispensação dessas medicações, capacitar adequadamente os prescritores, criar programas de orientação e educação da população, além de programas de atividade física, culturais e sociais como formas alternativas de lidar com os conflitos da vida.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir da identificação dos nós críticos relativos à dependência de benzodiazepínicos em pacientes da UBSF Bom Jesus foi elaborada uma proposta de intervenção.

As ações relativas a cada nó crítico estão detalhadas nos quadros 1 a 3, descritos abaixo.

**Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema” negligência ao tratamento das causas de base dos sintomas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, em Uberlândia, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 1</b>	Negligência ao tratamento das causas de base dos sintomas
<b>Operação</b>	Identificar e tratar as causas de base
<b>Projeto</b>	Por que este remédio?
<b>Resultados esperados</b>	Controle de sintomas sem a necessidade do uso de BZD
<b>Produtos esperados</b>	Redução dos riscos de queda e interação medicamentosa
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe de saúde, pacientes e familiares
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural e organizacional: identificação dos pacientes dependentes Cognitivo: conhecimento científico para diagnóstico e tratamento Financeiro: arsenal terapêutico
<b>Recursos críticos</b>	Material: ter a disponibilidade de medicamentos na rede pública
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde Motivação: indiferente

<b>Ação estratégica de motivação</b>	Obter apoio junto ao Conselho de Saúde e demais instituições de controle social
<b>Responsáveis:</b>	Médicos
<b>Cronograma / Prazo</b>	Até dois meses após a conclusão do cadastramento
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Revisão semestral do número de usuários da classe de medicamentos, e o diagnóstico que justifica o uso

Fonte: Autora, 2015

**Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “nível de informação dos pacientes e familiares sobre o risco da dependência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, em Uberlândia, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 2</b>	Nível de informação dos pacientes e familiares sobre o risco da dependência
<b>Operação</b>	Aumentar o nível de informação dos pacientes e familiares
<b>Projeto</b>	A vida pode ser melhor sem precisar de alguns remédios
<b>Resultados esperados</b>	Maior adesão ao “desmame” de BZD
<b>Produtos esperados</b>	Redução dos riscos de queda e interação medicamentosa e redução da incidência de dependência
<b>Atores sociais/responsabilidades</b>	Equipe de saúde, pacientes e familiares
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural e organizacional: criação de grupo operativo específico Cognitivo: conhecimento científico, competência cultural Financeiro e material: recursos didáticos informativos, espaço físico adequado para grupo Político: comprometimento de equipe de saúde

<b>Recursos críticos</b>	Político: comprometimento de equipe de saúde, identificação dos pacientes dependentes
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: membros da equipe de saúde Motivação: indferente
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Rodas de conversa de orientação
<b>Responsáveis:</b>	Médicos e psicóloga
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início imediato após a conclusão do cadastramento
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Avaliação a cada consulta ou visita domiciliar do nível de conhecimento dos usuários dessas drogas e seus familiares.

Fonte: Autora, 2015

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “nível de informação dos profissionais sobre as indicações da prescrição de BZD e o manejo do uso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bom Jesus, em Uberlândia, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 3</b>	Nível de informação dos profissionais sobre as indicações da prescrição de BZD e o manejo do uso
<b>Operação</b>	Aumentar o nível de informação dos profissionais
<b>Projeto</b>	Por que tanta gente usa benzodiazepínicos?
<b>Resultados esperados</b>	Redução das prescrições inadequadas de benzodiazepínicos, identificação e tratamento de novos casos
<b>Produtos esperados</b>	Redução da prevalência e incidência de dependência
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Profissionais de saúde, colaboração de tutor de psiquiatria

<b>Recursos necessários</b>	Estrutural e organizacional: oficinas de capacitação Cognitivo: conhecimento científico Financeiro e material: recursos diáticos Político: envolvimento dos profissionais de saúde
<b>Recursos críticos</b>	Não há
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Não há
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Não há
<b>Responsáveis:</b>	Médicos e psicóloga
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início imediato após a conclusão do cadastramento
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Realização semestral sobre o tema, por teste rápido ou avaliação alternativa, de todos os profissionais de saúde

Fonte: Autora, 2015

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso indiscriminado de benzodiazepínicos pela população assistida na UBS Brasil e UBSF Bom Jesus ocorre como parte de um fenômeno mundial, mas neste caso é agravada pelo grande número de pessoas idosas com compõe tal população, e por isso são mais vulneráveis aos efeitos adversos.

A ampliação da Estratégia de Saúde da Família no município de Uberlândia pode facilitar o manejo da dependência, uma vez permite a longitudinalidade, a formação de vínculo entre pacientes e profissionais, maior facilidade de acesso ao serviço e saúde e propicia o cuidado multiprofissional e em equipe. No caso da UBSF Bom Jesus estes fatores favoreceram um bom resultado à implantação inicial do projeto de intervenção.

O empenho dos profissionais de saúde em ampliar os próprios conhecimentos sobre as indicações desses fármacos e o manejo da dependência, além de informar aos pacientes e familiares sobre os riscos do uso prolongado ou excessivo, também contribui significativamente para a adesão as terapias.

As técnicas da terapia cognitivo-comportamental, quando incorporadas a outras estratégias farmacológicas e não-farmacológicas para melhorar a qualidade do sono permitem melhores resultados no desmame, além de ter impacto positivo também no tratamento de outros transtornos mentais frequentemente relacionado.

Os pacientes que aderem ao desmame poderão ter melhoria na qualidade do sono, além de importante impacto na qualidade de vida, melhora na capacidade de memorização e concentração, menor risco de quedas e menor risco de eventuais interações medicamentosas.



## REFERÊNCIAS

- Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos. Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/004.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2014.
- BAILLARGEON, L. et al. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. **Canadian Medical Association Journal**, vol. 169, n. 10. 2003.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.118. : il.
- Cem mil pessoas no Triângulo Mineiro vivem na miséria. **Correio de Uberlândia**, n. 29, set. 2011. Disponível em:< <http://www.correioeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/milhares-de-uberlandenses-vivem-com-menos-de-r-100-mensais/>>. Acesso em: 30 mai. 2014.
- COELHO, F.M.S. *et al.* Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v.63, n. 5, p. 196-200, 2006.
- Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes, Distância entre Cidades. Disponível em: <<http://www1.dnit.gov.br/rodovias/distancias/distancias.asp>>. Acesso em: 30 mai. 2014.
- FORSAN, M. A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso- Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2010.
- GUIMARÃES, A. C. O. **Uso e abuso dos benzodiazepínicos: revisão bibliográfica para os profissionais de saúde da atenção básica**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso- Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.
- Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia- HC-UFU, Apresentação. Disponível em: <<http://www.hc.ufu.br/conteudo/apresenta%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 30 mai. 2014.
- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica. **Correio de Uberlândia**, Uberlândia, n. 23, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.correioeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/media-da-rede-publica-em-uberlandia-do-1o-ao-9o-ano-supera-a-do-pais/>>. Acesso em: 30 mai.2014.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Cidades, Minas Gerais, Uberlândia. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317020&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7F5es-completas>>. Acesso em: 30 mai. 2014.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Cidades, Minas Gerais, Uberlândia, histórico do município. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=317020&search=minas-gerais|uberlandia|infograficos:-historico>> . Acesso em: 30 mai. 2014.

KOZASA, Elisa Harumi et al . Mind-body interventions for the treatment of insomnia: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 32, n. 4, Dec. 2010 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462010000400018&lng=en&nrm=so](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462010000400018&lng=en&nrm=so)>. Acesso em: 3 jan. 2015.

PEREIRA, A. P. et al. **Saúde Mental**. 2 ed. Belo Horizonte. Nescon UFMG, 2013.

Prefeitura Municipal de Uberlândia- PMU, Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=secretariasOrgaos&s=65&pg=548>>. Acesso em 30 mai. 2014.

Prefeitura Municipal de Uberlândia- PMU, Hospital e Maternidade Municipal. Disponível em:

<<http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=secretariasOrgaos&s=65&pg=2331>>.

Acesso em: 30 mai. 2014. Prefeitura Municipal de Uberlândia- PMU, Motivos para investir em Uberlândia. Disponível em:

<<http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=invista>>. Acesso em 3 jan. 2015.

Prefeitura Municipal de Uberlândia- PMU, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em:<<http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=secretariasOrgaos&s=65&pg=553>>. Acesso em: 30 mai. 2014.

Prefeitura Municipal de Uberlândia- PMU, Unidades de Atendimento Integrado. Disponível em:

<<http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=secretariasOrgaos&s=65&pg=562>>.

Acesso em: 30 mai. 2014.

RANG, H. P. et al. **Farmacologia**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

RODRIGUES, M. J.; RAMIRES, J. C. L. Saúde da Família nos municípios mineiros com população superior a 100 mil habitantes: uma análise da cobertura populacional. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente, n. 34, v. 1, p. 117-137, jan/jul. 2012. Disponível em:

<<http://revista.fct.unesp.br/index.php/cpg/article/viewFile/1873/1799>>. Acesso em: 30 mai. 2014.