



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Uso indiscriminado de benzodiazepínico na ESF Palha – Bananal - SP

RAFAEL ALVES DE ALMEIDA

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para ob-
tenção do Título de Especialista em Saúde da
Família.**

Orientador(a): CARLA GIANNA LUPPI

São Paulo

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS	5
2.1 Geral	5
2.2 Específico(s)	5
3 REFERENCIAL TEÓRICO	6
4 MÉTODO	8
4.1 Local	8
4.2 Participantes	8
4.3 Ações	8
4.4 Avaliação e Monitoramento	8
5 RESULTADOS ESPERADOS	9
6. CRONOGRAMA	10
7 REFERÊNCIAS	11

1. INTRODUÇÃO

Os Benzodiazepínicos (BDZs) são drogas com atividade ansiolítica, miorreloxante, hipnótica, sedativa, anticonvulsivante e amnésia anterógrada que começaram a ser utilizadas na década de 60. O Clordiazepóxido foi o primeiro BDZ lançado no mercado (1960), cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorreloxantes (SILVA, 1999). Além da elevada eficácia terapêutica, os BDZs apresentaram baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores estes que propiciaram uma rápida aderência da classe médica a esses medicamentos (BERNIK, 1991). Atualmente, os BDZs ainda possuem indicações precisas para controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, mas continuam sendo prescritos de modo indiscriminado, tanto por psiquiatras, quanto por médicos de outras especialidades (HOLDEN, 1994).

A maior prevalência dos usuários de benzodiazepínicos encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição psicotrôpicos (HALLFORS, 1993). Lamentavelmente, esta prática produz a medicalização de problemas pessoais, sociofamiliares e profissionais, para os quais o paciente não encontra solução e acaba por acreditar na potência mágica dos medicamentos.

O uso continuado provoca fenômenos de tolerância (necessidade de doses cada vez maiores para manutenção de efeitos terapêuticos) e dependência (recaída de sintomas de insônia e ansiedade quando da suspensão abrupta do uso) (MS BRASIL, 2015).

Em estudo que focalizou as 107 maiores cidades brasileiras, observou-se que essa é a quarta droga mais utilizada na vida e tem níveis de dependência comparados aos da maconha (CARLINI, 2002).

O município de Bananal possui 10.223 habitantes, localizado no Circuito Café\ Vale do Paraíba paulista, possui 616.428km² de extensão. Trata-se de um município de grande extensão territorial e baixa densidade populacional. Possui extensas áreas rurais com uma população estimada de 2.066 habitantes ou 20.21% (IBGE, 2010). O perímetro urbano da cidade apresenta população es-

timada de 8.157 habitantes ou 79.79% (IBGE, 2010). A cidade sobrevive de pequena agricultura e do turismo local apesar da vinda de algumas industrias para as proximidades.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Reduzir o número de casos de pacientes em uso indevido de uso de benzodiazepínico do território da área de abrangência da Unidade de Saúde de Família Palha no município de Bananal, estado de São Paulo.

2.2 Específico(s)

2.2.1. Identificar os usuários em uso de benzodiazepínico.

2.2.2. Avaliar a necessidade real do uso da medicação.

2.2.3. Orientar sobre os sintomas do uso indiscriminado.

2.2.4. Propor terapêuticas adequadas quando em uso da medicação.

3. REFENCIAL TEÓRICO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o uso racional de medicamentos se configura quando o paciente recebe medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses equivalentes às necessidades individuais, por um período adequado de tempo, e ao menor custo para ele e para a sociedade (OMS, 2015). Em análise entre os anos de 2007 a 2010, os medicamentos controlados mais consumidos no país foram os benzodiazepínicos. O clonazepam, bromazepam e alprazolam lideram as estatísticas (1º, 2º e 3º lugares respectivamente) em todos os anos de análise. Ainda, é importante notar o aumento do consumo destes medicamentos ao longo dos anos. O consumo do clonazepam passou da casa dos 4 milhões para a casa dos 10 milhões de Unidades Físicas Dispensadas (UFD – caixas vendidas de medicamentos), de 2008 para 2010 (BRASIL, 2015). O fenômeno de dependência aos benzodiazepínicos está relacionado com a farmacocinética, como a alta lipossolubilidade e capacidade de se distribuir pelo tecido cerebral, a meia-vida biológica e os seus efeitos cumulativos. Quanto maior a lipossolubilidade e menor a meia-vida, maior será o potencial de dependência da droga. A intensidade da síndrome de abstinência também possui relação com as propriedades farmacocinéticas dos benzodiazepínicos. Um fármaco de ação lenta, distribuição lenta, com alta taxa de ligação às proteínas plasmáticas e de demorada biotransformação geralmente originam sintomas de abstinência menos intensos. Provavelmente por causa da adaptação fisiológica do organismo (OGA, 2008). Os indivíduos que fazem uso abusivo de benzodiazepínicos adquiridos com prescrição provavelmente constituem uma categoria muito maior e representa um sério problema. Se um benzodiazepínico for tomado durante algumas semanas ou mais, pode ocorrer dependência. Quando o fármaco é interrompido, existe a probabilidade de desenvolvimento de uma síndrome de abstinência de intensidade variável. Essa síndrome surge dentro de 2-3 dias após a interrupção de um benzodiazepínico de ação curta (por exemplo, lorazepam) e dentro de cerca de 7 dias no caso de um benzodiazepínico de ação longa (por exemplo, diazepam). Na dependência grave, a síndrome de abstinência consiste nos sinais e sintomas psicológicos e físicos de ansiedade, com sudorese, insônia, cefa-

léia, tremores, náuseas e sensação de percepção alterada, como pensamentos irrealis, sensações corporais anormais, dores e hipersensibilidade a estímulos, podendo ocorrer psicose e epilepsia; convém ressaltar a semelhança dessa síndrome com a síndrome de abstinência de álcool (delirium tremens). Os sintomas de abstinência podem durar 1-2 semanas; todavia, em alguns casos, continuam por várias semanas ou meses (GRAHAME-SMITH, 2004). Não se deve esperar que o paciente preencha todos os critérios da síndrome de dependência para começar a retirada, uma vez que o quadro típico de dependência química – com marcada tolerância, escalonamento de doses e comportamento de busca pronunciado - não ocorre na maioria dos usuários de benzodiazepínicos, a não ser naqueles que usam altas dosagens. É importante salientar que mesmo doses terapêuticas podem levar à dependência (TYRER, 1988). A melhor técnica e a mais amplamente reconhecida como a mais efetiva é a retirada gradual da medicação, sendo recomendada mesmo para pacientes que usam doses terapêuticas. Além das vantagens relacionadas ao menor índice de sintomas e maior possibilidade de sucesso, essa técnica é facilmente executável e de baixo custo (BATENSON, 2002).

4. METODOLOGIA

4.1 Local

Será realizado, semanalmente, um estudo junto a equipe após as reuniões na própria unidade de saúde.

4.2 Participantes (público-alvo)

O presente projeto de intervenção se destina aos usuários de benzodiazepínicos que inadequadamente os fazem uso e apresentam sinais e sintomas de dependência e será auxiliado por toda a equipe de saúde da unidade, que por solicitação à secretaria de saúde, irá se capacitar para o manejo do dependente além de apoio da psicóloga da rede pública da cidade.

4.3 Ações

Primeira fase: será realizada a revisão rápida de prontuários dos usuários de benzodiazepínicos para quantificar e evidenciar quem são e por quais motivos iniciaram a medicação além da capacitação da equipe da saúde para o manejo do dependente, assim que feito.

Segunda fase: os pacientes identificados serão chamados para consulta multidisciplinar (psicólogo e educador físico oferecidos pela prefeitura municipal) onde serão primeiramente orientados sobre os malefícios do uso continuado da medicação e da necessidade de sua retirada gradual.

Terceira fase: início da terapêutica medicamentosa (em caso de necessidade) e auxílio psicológico para a retirada gradual da medicação.

4.4 Avaliação e Monitoramento

Os pacientes selecionados no estudo terão monitoramento ambulatorial quinzenal e, quando necessário, receberão auxílio domiciliar para verificar se o projeto está tendo boa resposta ou se haverá necessidade de alteração do mesmo.

5. RESULTADOS ESPERADOS

A partir do PI apresentado, de seu cronograma e recursos necessários, esperam-se como principais resultados a serem alcançados após sua implantação o diagnóstico correto para o uso da medicação em questão tal como, quando utilizada, seja feita de modo correto com adesão dos pacientes e resolução ou amenização das patologias apresentadas.

6. CRONOGRAMA

Atividades (2016)	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho
Elaboração do Projeto	X					
Aprovação do Projeto		X				
Estudo da Literatura e capacitação da equipe	X	X	X	X	X	X
Revisão dos prontuários		X	X	X	X	
Convocação dos pacientes e terapêutica		X	X	X	X	
Discussão e Análise dos Resultados						X

7. REFERÊNCIAS

1. SILVA JA. História dos Benzodiazepínicos. In: Bernik MA, editor. Benzodiazepínicos, quarto décadas de experiência. São Paulo (SP): Edusp; 1999. p. 15-28.
2. BERNIK MA, Asbahr FR, Soares MBM, Soares CN. Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos. J Bras Psiq 1991; 40(4):191-8.
3. HOLDEN JD, Hughes IM, Tree A. Benzodiazepine prescribing and withdrawal for 3234 patients in 15 general practices. Fam Pract 1994 Dec;11(4):358- 62.
4. HALLFORS DD, Saxe L. The dependence potencial of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. Am J Public Health 1993; 83(9): 1300- 4
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf; acessado em 20/12/15
6. CARLINI EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo; 2002.
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Rational use of medicines. Apresenta o conceito do Uso Racional de Medicamentos. Disponível em: . Acesso em: 20 dezembro 2015.
8. . BRASIL. Anvisa. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. Disponível em: . Acesso em: 20 dezembro 2015
9. OGA, Seizi. Fundamentos de toxicologia. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 474 p.
10. GRAHAME-SMITH, D. G. et al. Tratado de Farmacologia Clínica e Farmacoterapia. 3 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2004.
11. TYRER P. Dependence as a limiting factor in the clinical use of minor tranquilizers. Pharmac Ther 1988; 36:173-88.
12. BATENSON A N. Basic Pharmacologic Mechanisms involved in Benzodiazepine Tolerance and Withdrawal. Curr Pharm Des 2002; 8(1): 5-21
13. IBGE. Informações do Censo do ano de 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/en/>, acessado em: 07/01/16