



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Heloísa Martins Cardoso

## Uso inadvertido de benzodiazepínicos

Florianópolis, Março de 2016



Heloísa Martins Cardoso

## Uso inadvertido de benzodiazepínicos

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Alexandra Crispim da Silva Boing  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Heloísa Martins Cardoso

## Uso inadvertido de benzodiazepínicos

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Alexandra Crispim da Silva Boing**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

Os benzodiazepínicos são medicações com alto teor de fármaco-dependência, sendo esse um dos motivos para a prescrição restrita, com controle especial. Eles são utilizados no tratamento da insônia, ansiedade e tensão, por um grande número dos pacientes, muitas vezes tornam-se usuários crônicos. Analisando esta situação, este estudo tem como objetivo diminuir o uso indiscriminado dessas medicações pela população adscrita na UBS Álvaro Dias, no município de Mandaguari-PR, após observação situacional durante as consultas, visitas domiciliares e levantamento de prontuário médico.

**Palavras-chave:** Benzodiazepínicos, Ansiolíticos, Automedicação, Atenção Primária à Saúde





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	11
2.1	Objetivo geral . . . . .	11
2.2	Objetivos específicos . . . . .	11
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	13
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	17
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	19
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	21



# 1 Introdução

Mandaguari é um município situado no norte central do estado do Paraná, na região metropolitana de Maringá, com aproximadamente 32 mil habitantes, sendo fundado em 1947.

Possui um polo industrial muito amplo, sendo que várias de suas indústrias são reconhecidas nacionalmente, gerando muitos empregos para a população local e região. A agricultura também tem papel importante na economia com o plantio de café, trigo, milho e principalmente soja.

A UBS em que atuo, Álvaro Dias, se situa no bairro Popular II, onde tem aproximadamente 5000 mil habitantes, entre eles muitos idosos. Durante todo esse ano, pude observar que as doenças mais comuns na comunidade são a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus tipo II, sendo que foram sendo implementadas várias ações pra promover a diminuição dessas comorbidades. Podemos verificar também que muitas dessas pessoas, fazem uso inadvertidamente de benzodiazepínicos e até então, não havia nenhum grupo ou medida para controle e conscientização da população sobre o uso dessas medicações.

Após essa constatação, é possível perceber que o uso incoerente e abusivo dos benzodiazepínicos (BZD), são tão relevantes quanto a HAS e o DM, sendo assim o meu enfoque no projeto intervenção será nessas substâncias; visto que na maioria das vezes os médicos não dão a devida importância para tal.

Logo que comecei a atuar nesta UBS, sempre tinha os dias que nos reuníamos com os pacientes para palestras do HIPERDIA, e conforme o ano foi passando, cada vez mais fui percebendo que os pacientes sempre solicitam "renovação da receita" dos BZD junto com a medicação para HAS/DM.

Foi neste momento, que reunimos toda a equipe do PSF, para discutir esse problema e pensar em possíveis soluções para adequar melhor essas prescrições. Sendo assim, será possível melhorar as prescrições, com mais critérios para o uso dos BZD, e suspender dos pacientes que estavam se medicando inadvertidamente.

Após essa discussão, tivemos esse novo enfoque para atuar, durante as visitas domiciliares, as ACS constataram inúmeras vezes, que vários pacientes tinham muitas medicações em casa, que não sabiam nem quem tinha prescrito e nem a posologia correta. Isso é muito mais frequente nas casas dos idosos, que as queixas de insônia e depressão são corriqueiras, e que na maioria das vezes não tem ninguém para ajudar na administração dos remédios.

Sabemos que esse tipo de intervenção vai ocorrer de uma forma gradual, pois os pacientes são muito resistentes quanto ao fato de suspender os BZD. Podemos contar com a colaboração do CAPS para o manejo desses pacientes, porém a demanda é muito grande, sendo impossível a drenagem de todos em pacientes para este serviço.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Orientação e manejo em relação ao uso inadvertido dos benzodiazepínicos, quanto as consequências e riscos de dependência, quando usados sem controle ou cautela.

### 2.2 Objetivos específicos

Realizar buscas ativas pelos agentes comunitários em pacientes que fazem uso crônico dos BZD, sem reavaliação pelo médico e equipe competente por longos períodos.

Realizar encontros periódicos com tais pacientes através de grupos de apoio, enfatizando a possibilidade de suspender a medicação, caso usadas erroneamente.



### 3 Revisão da Literatura

Os Benzodiazepínicos (BDZs) são drogas com atividade ansiolítica 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 miorrelaxantes. 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. (ORLANDI; NOTO, 2005)

Nos anos posteriores foram observados os primeiros casos de uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância, de síndrome de abstinência e de dependência pelos usuários crônicos de BDZ. Tais evidências modificaram a postura da sociedade em relação aos BDZs que, do auge do entusiasmo nos anos 70, passou à restrição do uso a partir da década seguinte. Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso destes medicamentos pela população chegou a atingir 11,1% em 1979, diminuindo para 8,3%, em 1990.

O uso prolongado de BDZs, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência(?). A possibilidade de desenvolvimento de dependência deve sempre ser considerada, principalmente na vigência 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. Também é comum a observação de overdose de BDZs entre as tentativas de suicídio, associados ou não a outras substâncias.

Órgãos internacionais, como a OMS (Organização Mundial da Saúde) e o INCB (Internacional Narcotics Control Board), têm alertado sobre o uso indiscriminado e o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse alerta foi reforçado por estudos da décadas de 80 e 90 que mostraram uma grave realidade relacionada ao uso de benzodiazepínicos. No primeiro levantamento domiciliar nacional realizado em 2001, 3,3% dos entrevistados (entre 12 e 65 anos) afirmaram uso de benzodiazepínicos sem receita médica. Em um outro levantamento, com estudantes da rede pública de ensino de dez capitais brasileiras, 5,8% dos entrevistados afirmaram já ter feito uso de ansiolíticos sem prescrição.

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. A maior prevalência 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 de psicotrópicos. Atualmente, um em cada 10 adultos recebem prescrições de benzodiazepínicos a cada ano, a maioria desta feita por clínicos gerais. Estima-se que cada clínico tenha em sua lista 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos, metade destes gostariam de parar o uso, no entanto 30% pensam que o uso é estimulado pelos médicos.

Alguns estudos referem diversos fatores que levam à prescrição inadequada de benzodiazepínicos. Dybwad et al (1996 apud (FORSSAN, 2010)), realizou um estudo que tentou responder a questão sobre por que alguns médicos generalistas são grandes prescritores de benzodiazepínicos. A maioria dos médicos relatou que a prática de prescrever essas medicações é uma das tarefas mais solicitadas e desconfortáveis que exercem, já que de alguma forma têm um sentimento de estarem praticando algo ilícito. Para justificar o hábito de prescrição, eles transferem a responsabilidade para fatores externos, como outros médicos, pacientes e falta de recursos.

Há 20 fármacos potencialmente contra-indicados para os idosos, estando entre estes os BDZs de meia-vida longa, uma vez que se associam a um aumento no risco de quedas por estes indivíduos,(PASSARELL, 2006) as quais se atribuem às propriedades destes medicamentos, como atividade sedativa, responsável por alterações psicomotoras, e/ ou bloqueio á-adrenérgico, aumentando a probabilidade de hipotensão postural.

Os benzodiazepínicos são capazes de estimular no cérebro mecanismos que normalmente equilibram estados de tensão e ansiedade. Ultimamente as pesquisas têm indicado a existência de receptores específicos para os Benzodiazepínicos no Sistema Nervoso Central (SNC), sugerindo a existência de substâncias endógenas (produzidas pelo próprio organismo) muito parecidas com os benzodiazepínicos. Tais substâncias seriam uma espécie de "benzodiazepínicos naturais", ou mais precisamente, de "ansiolíticos naturais"(Ballone, 2005 apud (FORSSAN, 2010) ).

Aparentemente o efeito ansiolítico dos Benzodiazepínicos está relacionado com um sistema de neurotransmissores chamado gabaminérgico do Sistema Límbico. De acordo com Ballone (2005 apud (FORSSAN, 2010)), "o ácido gama-aminobutírico (GABA) é um neurotransmissor com função inibitória, capaz de atenuar as reações serotoninérgicas responsáveis pela ansiedade. Os Benzodiazepínicos seriam, assim, agonistas (simuladores) deste sistema agindo nos receptores gabaminérgicos".

Assim, quando, devido às tensões do dia-a-dia ou por causas mais sérias, determinadas áreas do cérebro funcionam exageradamente, resultando num estado de ansiedade, os benzodiazepínicos exercem um efeito contrário, isto é, inibem os mecanismos que estavam funcionando demais e a pessoa fica mais tranqüila e menos responsiva aos estímulos externos. Como conseqüência desta ação, os ansiolíticos produzem uma depressão da atividade do nosso cérebro que se caracteriza por: diminuição de ansiedade; indução de sono; relaxamento muscular; redução do estado de alerta.

Com ação direta no sistema nervoso central (SNC) diante de seu mecanismo de ação, estes fármacos podem ser indicados nas seguintes situações: como relaxantes musculares, hipnóticos, sedativos, anticonvulsivantes, bloqueio neuromuscular em dose elevadas e dilatação coronariana. Na existência de diversos fármacos que compõe esta classe, variando em seu tempo de ação consegue-se um controle mais efetivo sobre a potência desejada para hipnose ou sedação (COELHO, 2006). Hoje tem suas indicações muito precisas em



casos agudos e subagudos de ansiedade, insônia e crises convulsivas.

Do ponto de vista orgânico, os benzodiazepínicos são bastante seguros, pois são necessárias altas doses (20 a 40 vezes mais altas que as habituais) para trazer efeitos mais graves. Nessas doses pode haver hipotonia muscular, dificuldade grande para ficar de pé e andar, a hipotensão, perda da consciência (desmaio). Com doses maiores a pessoa pode entrar em coma e morrer (FORSSAN, 2016). O principal efeito colateral dos ansiolíticos benzodiazepínicos é a sedação e sonolência, variável de indivíduo para indivíduo e de acordo com a dose do medicamento. Um aumento da pressão intra-ocular teoricamente pode ocorrer, mas, na clínica, trata-se de raríssima observação. “Os efeitos teratogênicos (malformações fetais) são ainda objeto de estudo, porém, tendo em vista sua utilização clínica durante décadas, permite-se uma indicação mais flexível do diazepam durante a gravidez” (BALLONE, 2005 apud (FORSSAN, 2010).

A prática clínica tem demonstrado que a dependência aos Benzodiazepínicos pode acontecer, mas não invariavelmente. A tendência do paciente em aumentar a dose dos Benzodiazepínicos para obter o mesmo efeito, ou seja, a tolerância parece ser rara. Em relação a isso nota-se, no mais das vezes, uma má utilização da droga. Isto é, em não sendo tratada a causa básica da ansiedade e esta se tornando mais intensa, haverá maior necessidade da droga. Os benzodiazepínicos têm potencial de abuso: 50% dos pacientes que usam benzodiazepínicos por mais de 12 meses evoluem com síndrome de abstinência (provavelmente ainda mais em clínicas especializadas). Os sintomas começam progressivamente dentro de 2 a 3 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida curta e de 5 a 10 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida longa, podendo também ocorrer após a diminuição da dose. Abstinência refere-se à emergência de novos sintomas seguintes à descontinuação ou redução dos benzodiazepínicos. Ela deve ser diferenciada dos sintomas de rebote, que se caracterizam pelo retorno dos sintomas originais para os quais os benzodiazepínicos foram prescritos, numa intensidade significativamente maior. Ocorrem dentro de poucos dias após a retirada dos benzodiazepínicos e permanecem por vários dias. Numa pequena minoria pode ocorrer o que se chama de síndrome de abstinência protraída ou pós-abstinência. Os sintomas são similares aos da retirada dos benzodiazepínicos, porém em menor número e intensidade, podendo durar alguns meses. A retirada gradual e um acompanhamento psicológico mais freqüente e prolongado colaboram no alívio destes sintomas.

O tratamento da dependência dos benzodiazepínicos envolve uma série de medidas não-farmacológicas e de princípios de atendimento que podem aumentar a capacidade de lidar com a SAB e manter-se sem os benzodiazepínicos (H.; M; ACPR, 2008). O melhor local para tratamento é o ambulatorial, pois leva o maior engajamento do paciente e possibilita que, tanto mudanças farmacológicas quanto psicológicas, possam ocorrer ao mesmo tempo. Suporte psicológico deve ser oferecido e mantido tanto durante quanto após a redução da dose, incluindo informações sobre os benzodiazepínicos, reassegura-

mento, promoção de medidas não-farmacológicas para lidar com a ansiedade. Nesta fase, o paciente deve receber reasseguramento da capacidade de lidar com estresse sem os benzodiazepínicos, bem como ênfase na melhora da qualidade de vida. Deve-se oferecer apoio psicossocial, treinamento de habilidades para amenizar a ansiedade, psicoterapia formal e psicofarmacoterapia de estados depressivos subjacentes. Ajudá-lo a distinguir entre os sintomas de ansiedade e abstinência e oferecer suporte por longo prazo.(C.; S., 1999)

## 4 Metodologia

A população alvo deste estudo, abrange todos os usuários de benzodiazepínicos, adscritos na UBS Álvaro Dias, no município de Mandaguari. Será realizado o reconhecimento da população e do território por toda a equipe de saúde da família, afim de posterior intervenção quanto ao uso irracional dos BZD. Além de criação de um grupo de psicotrópicos, o qual a equipe se reunirá quinzenalmente com os usuários, para orientá-los, ouvi-los, e avaliar a necessidade de continuar com a medicação em uso. As primeiras orientações serão coletadas nas consultas de rotina, de "renovação de receita", durante as visitas domiciliares, análise de prontuário e de prescrições anteriores. Os objetivos serão colocados em prática na própria unidade de saúde, durante as consultas médicas e psicológicas, com orientações da enfermagem, e com as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, juntamente com o médico ou não. Quinzenalmente durante o grupo de psicotrópicos, que na maioria das vezes ocorre em um salão comunitário do bairro, será reforçado as reais indicações dos BZD, e as consequências do uso inadvertido. A proposta para alcançar plenamente os objetivos será de no mínimo um ano, porém, desde que o problema foi identificado, algumas ações já foram implantadas, afim de melhorar a qualidade de vida dos usuários, e otimizar o uso dos BZD.



## 5 Resultados Esperados

As intervenções deste projeto serão baseados nos objetivos já citados. A abordagem das ações ocorrerá de maneira ampla, envolvendo diversos aspectos e sendo direcionada para tal. O projeto será totalmente instalado no decorrer do ano de 2016, sendo que algumas ações já estão sendo implantadas. Estruturação da equipe de saúde, com maior interação entre os profissionais, com treinamentos para aprimorar a capacidade técnica de todos os envolvidos; referência e contra referência com as especialidades sempre que necessário. Estreitar o vínculo da equipe de saúde com os pacientes usuários de medicações psicotrópicas, melhorando a abordagem dos pacientes, incentivando-os a cessar o uso desses fármacos, quando não tiver uma indicação correta.

Análise periódica dos prontuários médicos, afim de evitar prescrição dos BZD indiscriminada, com uso racional e indicações objetivas. Melhora da qualidade dos prontuários, se possível, informatizando-os, para ficar mais claro para o médico, quais as medicações em uso, dose usual, há quanto tempo em uso dos BZD e interações medicamentosas com outros fármacos. Fortalecer os projetos do bairro, que envolve artesanato, atividades físicas, integração da população, principalmente os idosos, com a equipe da unidade básica de saúde; com o intuito de ocupar os pacientes, diminuindo a ansiedade, e conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida.



# Referências

- C., G.; S., P. *Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência*. São Paulo: Edusp, 1999. Citado na página 16.
- COELHO, F. M. Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 63, n. 5, p. 196–200, 2006. Citado na página 14.
- FORSAN, M. A. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. Campos Gerais, n. 26, 2010. Curso de Especialização em Atenção Básica, Universidade Federal de Minas Gerais. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- FORSAN, M. A. *O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: Uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado*. 2016. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649.pdf>>. Acesso em: 31 Jan. 2016. Citado na página 15.
- H., N.; M, R.; ACPR, M. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. *Projeto Diretrizes*, p. 1–10, 2008. Citado na página 15.
- ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: Um estudo com informantes-chave no município de São paulo. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, p. 896–902, 2005. Citado na página 13.
- PASSARELL, M. C. G. *MEDICAMENTOS INAPROPRIADOS PARA IDOSOS: Um grave problema de saúde pública*. 2006. Disponível em: <[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/bfarmaco\\_2.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/bfarmaco_2.pdf)>. Acesso em: 08 Fev. 2016. Citado na página 14.