



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Sheila Pinheiro Leal Dias

Prevenção e alternativas ao uso indiscriminado dos benzodiazepínicos

Florianópolis, Março de 2023

Sheila Pinheiro Leal Dias

Prevenção e alternativas ao uso indiscriminado dos
benzodiazepínicos

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

Orientador: Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Sheila Pinheiro Leal Dias

Prevenção e alternativas ao uso indiscriminado dos
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.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

**Daniela Priscila Oliveira do Vale
Tafner**
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Benzodiazepínicos são drogas que atuam no sistema nervoso central classificadas como de efeito sedativo-hipnótico, mas o seu uso tem se tornado indiscriminado em nossa sociedade de segundo dados da Organização Mundial de Saúde. De acordo com estudos recentes essas drogas causam dependência e crises de abstinência quando usadas por tempo maior que 3 a 4 semanas. Através de pesquisas realizadas em prontuários médicos e de cadastros realizados no sistema informatizado do Município observamos na Comunidade de Santo Antônio do Pouso Alegre e do KM 20 em Boa Esperança - ES que apesar de apenas 1,73% da população estar cadastrado como sendo do grupo de doenças de saúde mental 7,61% dos nossos pacientes faziam uso crônico de benzodiazepínicos, sendo que vários usavam a medicação com indicação errada, por exemplo para tratamento de depressão. Afim de criar um projeto de intervenção nesta área começamos realizando pesquisas de artigos científicos na Biblioteca Virtual de Saúde, Pubmed, Google, Scielo e publicações do Ministério da Saúde que abordassem as palavras-chave benzodiazepínicos, abuso, dependência e insônia. Criamos então um plano de ação de educação em saúde através de Folders anexados às receitas afim de orientar a população dos riscos do uso crônico de tais medicações além de dicas de mudanças de hábitos o que resultará em melhora da qualidade de vida do paciente. Oferecemos também aos pacientes usuários consultas individuais afim de pesquisar idade do paciente, sexo, tempo de uso e indicação inicial do uso, em cada consulta também orientamos dos riscos e benefícios da droga e estimulamos o desmame progressivo, associado ou não a outras medicações dependendo de cada caso. Como objetivo geral visamos reduzir o uso em pelo menos 20% dos pacientes dependentes da droga em 1 ano de projeto, o que foi alcançado. Porém devido à resistência de alguns pacientes e a facilidade de obtenção de receita em outros serviços continuaremos o projeto por pelo menos mais 1 ano afim de reduzir ainda mais esse número.

Palavras-chave: Benzodiazepinas, Detecção do Abuso de Substâncias, Transtornos do Sono

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

Neste projeto será proposto uma alternativa para a resolução do problema da dependência desnecessária a benzodiazepínicos. A motivação para a realização deste projeto ocorreu logo no início das atividades na comunidade com o excessivo número de consultas para renovação de receita B1 (azul) em conjunto com o levantamento criterioso do número de usuários com esta necessidade. Foi possível observar que mais de 50% dos pacientes usuários não apresentavam nenhum tipo de doença mental ou estavam em tratamento inadequado para a mesma. Ou seja, não tinham diagnóstico para o uso destas drogas.

A situação inicial era de 7,61% da população da área adscrita dependente de benzodiazepínicos, porém menos de 2% apresenta doença mental que justifique o uso contínuo das medicações. Enfim, a meta deste projeto é que ao final haja uma redução do número de usuários destas medicações em pelo menos 20% no primeiro ano de projeto.

Caracterizando a população do estudo, Boa Esperança é um município brasileiro do estado do Espírito Santo, distante 285 quilômetros da capital, Vitória. Esta cidade ocupa uma área de 428,716 km², e sua população em 2019 era de 15.037 habitantes (IBGE). O município de Boa Esperança nasceu de uma pequena sesmaria de 72 alqueires de terras, adquiridos do estado, por Antônio dos Santos Neves com a finalidade de explorar a madeira da região, rica em jacarandá e peroba. De 1919 a 1920 foi instalada a primeira serraria de madeira em Boa Esperança. A partir de 1950 começam a chegar na região os imigrantes italianos.

Boa Esperança foi criado em 1949 como distrito, subordinado ao município de São Mateus e desmembrado deste em 1964. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,679, considerando como médio. A taxa de escolarização entre 6 a 14 anos é de 97,5 (2010), mas entre os idosos, principalmente na área rural o número de analfabetos é muito grande. A economia é predominantemente agrícola (café e pimenta). Somente 49% da população tem esgotamento sanitário adequado. Outro risco ambiental importante é o uso indiscriminado de defensivos agrícolas. A mortalidade infantil é de 5,24 óbitos por 1.000 nascidos vivos.

A Comunidade em que atuamos está em uma área rural e distante. São na verdade duas unidades de saúde em duas localidades diferentes e distantes entre si: Santo Antônio e Km20. A população é predominantemente rural e a dificuldade de transporte é um dos problemas enfrentados. São pessoas muito carentes e com vários problemas de saúde.

A maioria das famílias são dependentes do SUS e temos conseguido que participem das consultas e ações realizadas. Até mesmo as poucas famílias que possuem plano de saúde nos procuram a fim de obter orientações e acompanhamento conjunto. A maioria das residências não são atendidas pelo sistema de tratamento de água, que vem de córregos e poços artesianos, a maioria não usa filtro de água. A maioria das casas é de alvenaria, de

telha, pequenas, com piso de chão batido. Mesmo assim a maioria tem acesso a luz elétrica, geladeira e televisão. A telefonia e a internet ainda são de difícil acesso. Temos escolas de primeiro e segundo grau em cada uma dessas localidades. Os índices de abandono escolar e gravidez na adolescência são altos.

A acessibilidade ainda é um dos principais desafios, que tem sido minorado com a construção de unidades de saúde próximas as comunidades. Porém a farmácia, laboratório e a sala de vacina estão presentes apenas no Centro do Município, o que dificulta as vezes o tratamento de determinadas pessoas mais carentes, ou mais ignorantes, quanto a seu próprio cuidado.

Nossa área de abrangência possui 2.543 habitantes cadastrados, dos quais 14,35 % são crianças de 0 a 9 anos, 16,67 % são adolescentes de 10 a 19 anos, 55,4 % adultos de 20 a 59 anos e 13,58 % idosos com mais de 60 anos. Em relação ao coeficiente de natalidade do município, no ano de 2017 foi de 9,83%.

Ao levantar os principais indicadores de mortalidade no município, temos os seguintes dados:

- Taxa (ou coeficiente) de mortalidade geral da população: 8,34 por 1.000 habitantes no ano de 2018. - Taxa (ou coeficiente) de mortalidade por doenças crônicas: 14,04%. - Razão de mortalidade materna: zero mortes no município em 2018. - Taxa (ou coeficiente) de mortalidade infantil no município: 5,23 para cada 1.000 hab em 2017.

Em nossa área de abrangência os principais agravos são hipertensão e diabetes, a prevalência de HAS no mês mais recente registrado: 17,35 hipertensos para cada 100 pessoas da área de abrangência. A incidência de diabetes em idosos é de 2,15 para cada 100 idosos na área de abrangência nos últimos 6 meses. Em adultos as queixas mais comuns são hipertensão, diabetes e renovação de receita de psicotrópicos.

Um agravo que se destaca em nossa área de abrangência é o número de pacientes no grupo de saúde mental. São 1,78% da população da área de abrangência registrados no sistema como sendo do grupo de saúde mental. Na prática, são 7,61% dependentes de algum, ou vários psicotrópicos, a maioria destes tem diagnóstico de transtorno de ansiedade e insônia e são dependentes de benzodiazepínicos. O problema de Dependência a benzodiazepínicos está relacionado a percepção pessoal e dados epidemiológicos. Abrange os usuários de medicação de uso controlado. São 7,61% dos adultos sendo que aproximadamente 50% estão usando a medicação sem necessidade ou pelo diagnóstico errado. O tempo de ocorrência é de anos.

Caracteriza-se como atual, terminal, baixo controle e quase- estruturado.

As causas da dependência aos benzodiazepínicos são: insônia, transtornos de ansiedade ou depressão, prescrição inadequada, falta de acompanhamento médico, facilidade na obtenção da receita e baixo custo das medicações. Suas consequências são: piora do transtorno de ansiedade ou da depressão, queda da própria altura com fratura de colo de fêmur, déficit do desempenho no trabalho, esquecimento, fraqueza, sonolência, acidente

automotor, acidente em operadores de máquinas e aumento no número de consultas anuais, sendo consultados no mínimo a cada 60 dias.

Nos últimos anos tenho tido um interesse maior por pacientes do grupo de saúde mental. De acordo com as últimas estatísticas os transtornos de depressão e a ansiedade serão o mal do século. Observei junto com a equipe que muitos pacientes fazem uso indiscriminado de benzodiazepínico há diversos anos, sem avaliação da resposta clínica, outros isoladamente o usam para tratar depressão o que pode agravar os sintomas e estimular a dependência. Entendo que é de suma importância avaliação de cada caso em consultas individuais, determinação do diagnóstico adequado e tratamento individualizado para cada caso, muitas vezes com auxílio do psicólogo e às vezes até do psiquiatra. Desta forma reduzimos o número de consultas contínuas apenas para renovar a receita, aumentando assim a oferta de vagas para outros pacientes com necessidades diversas. Temos uma demanda muito maior que nossa capacidade já que a maioria dos nossos pacientes são SUS dependentes e por estarmos localizados a grande distância de qualquer outro serviço de saúde, essa é uma medida que auxiliará não só o paciente diretamente afetado, mas também toda a comunidade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Promover a conscientização sobre o uso inadequado ou desnecessário de medicações, principalmente as de uso controlado na comunidade.

2.2 Objetivos específicos

- Desenvolver atividade junto a ESF para a conscientização dos usuários sobre os riscos inerentes ao uso inadequado de medicações que causam dependências - benzodiazepínicos.
- Conhecer e descrever o perfil dos pacientes que fazem uso de forma contínua de benzodiazepínicos. (diagnóstico, data de início do uso, capacidade de se sentir bem e dormir mesmo sem usar a medicação).
- Compreender as razões que motivaram ao uso da medicação benzodiazepínicos .
- Desenvolver folders e oficinas em parceria com os demais profissionais da ESF para conscientização do uso consciente de medicações e de escolhas saudáveis que resultem na melhora da qualidade de vida.
- Redução no numero de usuários destas medicações.

3 Revisão da Literatura

1 Uso Contínuo de Benzodiazepínico

Segundo a Organização Mundial da Saúde em torno de 400 milhões de pessoas, no mundo, sofrem atualmente de alguma doença mental ou de problemas psicossociais relacionados ao abuso de drogas ou de álcool. O homem utiliza substâncias químicas no afã de amortizar suas dores, sofrimentos, ansiedade ou simplesmente para esquecer de si mesmo. Após se dar o efeito da drogadição e a mudança gerada no nível de consciência, a sensação de prazer o inunda, com reações físicas e químicas tão elevadas que o mantem escravizado pelo vício. Desde as civilizações mais primitivas pode-se encontrar histórias de uso de drogas, principalmente entre os curandeiros e pajés.

A sociedade moderna está permeada por sujeitos que utilizam algum tipo de substância química quer seja legal, socialmente aceitáveis, até as ilegais e extremamente viciantes como é o caso do craque.

No Brasil e no mundo os Benzodiazepínicos (BDZ) são os psicotrópicos mais indicados e muitas vagas de consultas são utilizadas diariamente para a solicitação da receita deste medicamento. O uso indiscriminado dos BDZ, embora traga grandes e graves prejuízos são muito prescritos para mulheres e idosos.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Brasileira de Neurologia (2013), estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário destas substâncias e que 10% dos adultos recebem prescrições de benzodiazepínicos a cada ano sendo que a maioria é feita por médicos generalistas para insônia e ansiedade principalmente. (NEUROLOGIA, 2020)

Segundo estudo publicado por ALVARENGA (2008), realizado na população geral, mostrou que 21% dos idosos faziam uso regular de BZD, frequentemente os de meia-vida longa. O uso deste medicamento é mais comum entre mulheres (27%), sendo que o gênero feminino, por si só, já é um fator preditivo para o abuso, com RR=1,93 (IC 95% 1,51-2,46). (ALVARENGA, 2020)

O uso dos BZDs se tornou corriqueiro devido a facilidade na aquisição da receita médica, embora na maioria dos casos não haja indicação clínica para sua prescrição. A renovação de receita por generalistas favorece esta prática.

Dados de ALVARENGA (2008) estima que entre 1 e 3% de toda a população mundial tenha consumido BZDs regularmente por mais de um ano. Segundo o estudo, algo em torno de dois a seis milhões de brasileiros fazendo uso regular da droga. (ALVARENGA, 2020)

A maioria dos brasileiros se automedicam com BZDs, quando conseguem estes medicamentos com familiares ou vizinhos em tratamento. E quando acham que tais remédios trouxeram melhora do quadro clínico buscam as Estratégias Saúde da Família (ESFs)

ou até mesmo as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) para conseguirem a receita médica, visto que este medicamento só pode ser adquirido na farmácia com apresentação de receita controlada.

Segundo HUF, LOPES e ROZENFELD (2000, p.16) em decorrência da expressiva taxa 1 a 3% da população mundial fazer uso de BDZs por pelo menos 1 ano na vida é recomendável a investigação a respeito desse consumo e da real necessidade de indicações para continuidade. (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2020)

Para STROHLE.Et al (1999, p. 70) a prevalência do uso de BZD na população brasileira é de 5,6% a 21% da população geral, sendo mais frequente em mulheres e idosos. Já a taxa de dependência de BZD estimada é de 0,5%. (STROHLE, 2020)

Na história das medicações psicoativas observamos que ao final do século XIX, além do álcool, do Paralaldeído e do Hidrato de Cloral, na época utilizados como depressores do sistema nervoso central (SNC), os Sais de Brometo foram introduzidos especificamente como ansiolíticos, mas apresentavam alto grau de toxicidade.

O Ácido Barbitúrico foi sintetizado em 1862, porém só no início do século XX seus primeiros derivados foram introduzidos na prática médica. (BERNIK, SOARES, SOARES, 1990, p. 48). (BERNIK MÁRCIO; MÁRCIA; SOARES, 2020)

O Barbitol e o Fenobarbital foram largamente utilizados entre os anos de 1903 a 1950, todavia, estas drogas também são capazes de gerar tolerância e dependência. A partir da década de 50 o Clordiazepóxido começou a ser sintetizado sendo no início dos anos 60 comercializado, iniciando desta forma a era dos BZDs. Estas medicações passaram a ser as mais aceitas e receitadas como hipnóticos e ansiolíticos

Nos anos 60, com a introdução comercial dos BDZs, verificou-se uma procura acentuada pelo medicamento, o que fez deles as drogas psicoativas mais prescritas em todos os países.

A mudança no padrão de eficácia e toxicidade dos BDZs poderia ocorrer por duas maneiras: por alteração de sua farmacocinética ou por fenômenos de adaptação do SNC (tolerância farmacodinâmica). (BERNIK, SOARES, SOARES, 1990, p. 48). (BERNIK MÁRCIO; MÁRCIA; SOARES, 2020)

Tanto a tolerância como a dependência se desenvolvem em algum grau se a medicação for usada por longo período. O paciente poderá estar fisicamente dependente e apresentar sintomas de síndrome de retirada quando a droga for suspensa.

Os BDZs foram prescritos para transtornos de ansiedade durante os anos 70 como uma opção segura e de baixa toxicidade, porém já no final desta década começava a ser detectado possíveis prejuízos à saúde do usuário devido a continuidade medicamentosa e risco elevado de dependência química desta substância.

A dependência de benzodiazepínicos apresenta um quadro diferente quando comparado a outros vícios. O uso destes é às vezes incentivado e mantido pelos próprios médicos e algumas características da Síndrome de Dependência acabam não sendo observadas, já

que a medicação é mantida indefinidamente.

Ribeiro, Silva e Botega (2007) avaliaram prescrições do uso contínuo de BZDs em cinco centros de atendimento primário no interior de São Paulo e observaram que o tempo médio do uso de Diazepam é de 10 anos em pacientes que nunca tiveram qualquer orientação sobre os efeitos adversos da medicação e que por conta própria têm feito tentativas frustradas de interrupção. A maioria dos usuários são mulheres. Mais da metade dos pacientes estão em tratamento de Depressão Maior e 25% dos casos já desenvolveram dependência dos BZDs. Notou-se ainda que dado ao fato destes medicamentos serem prescritos em doses próximas à terapêutica, há uma dificuldade em se chegar ao diagnóstico. (RIBEIRO; SILVA; BOTEGA, 2020)

Diante do exposto, o uso dos BZDs sempre deve ser feito sob orientação e acompanhamento médico, tendo em vista o custo benefício e atendo-se ao tempo de uso que nunca deve ultrapassar 12 semanas. Acima deste período o risco de tolerância e dependência aumenta muito, principalmente se houver predisposição genética, predisposição de determinados tipos de personalidade, uso de outras medicações, abuso de álcool e uso concomitante com outras drogas.

Atualmente a insônia é a mais prevalente entre os distúrbios do sono, afetando grande parte da população mundial. As conclusões de um consenso da *WORLD HEALTH ORGANIZATION* (2001) indicam que quando utilizamos como critério diagnóstico a necessidade de comprometimento ou impacto nas atividades diurnas, a prevalência da insônia cai para cerca de 10%, o que ainda é alto, devido ao grande impacto na força de trabalho de uma comunidade. Estima-se que cerca de 40% dos insones apresenta alguma comorbidade psiquiátrica. (ORGANIZATION), 2020)

Uma das maiores indicações do uso crônico dos BDZs é para tratar insônia, mas o efeito a longo prazo é ineficaz, pelo desenvolvimento da tolerância, além de causar alteração da arquitetura do sono, o que gera um ciclo vicioso de dependência física e psíquica. As melhores opções para tratamento da insônia passam por: uma correta investigação da causa, seja ela orgânica ou não; orientações quanto á higiene do sono e técnicas comportamentais.

As técnicas comportamentais são de baixo risco de efeito colateral e provocam manutenção da melhora em longo prazo, embora a resposta clínica seja mais rápida com o tratamento medicamentoso. Em alguns casos podemos associar as técnicas comportamentais com o uso de Benzodiazepínicos em um primeiro momento sempre em dose e tempo, o menor possível.

Os tratamentos não medicamentosos visam: alterar hábitos inadequados com relação ao sono, reduzir o despertar e o alerta durante o período do sono, alterar atitudes sobre o sono e educar os pacientes sobre práticas saudáveis que promovam o sono, exigindo para tanto, colaboração por parte do cliente.

2 A HIGIENE DO SONO

O estado do sono é vital para a qualidade de vida, este se constitui de complexo processo funcionais interligados a um estado de inconsciência (embora, o cérebro continue emitindo ondas deltas), lentificação de movimentos respiratórios e do processo metabólico. O sono perpassa por estágios que vão de 1 a 4 até alcançar o que denomina o sono REM (*Rapid Eye Movement* ou Movimento Rápido dos Olhos). O ciclo do sono tem início no estágio 1 até alcançar o sono REM. Este ciclo reinicia a cada 90 a 110 minutos. A cada ciclo o cérebro reage de forma distinta que favorece a consolidação da memória.

ORIENTAÇÕES PARA MELHORAR A HIGIENE DO SONO

Evitar álcool bebidas ricas em cafeína;

Evitar exercícios físicos próximos a hora de dormir, sendo estimulada a prática de exercícios físicos durante o dia;

Adequação do dormitório, sendo arejado, limpo e sem umidade durante o dia e sendo escuro e sem ruídos á noite;

Estabelecendo horários regulares de sono e vigília;

O quarto e principalmente a cama, devem ser usados apenas para o sono ou para prática de atividade sexual;

Não cochilar durante o dia, exceto idosos que podem ter um cochilo após o almoço;

Fazer refeições leves à noite, não dormir com fome e nem com o estômago cheio;

Evitar à noite atividades que possam estimular o alerta, principalmente as que tenham muita luz e reduzam a produção de melatonina, como o uso de computadores, internet e televisão.

Ir para cama quando tiver sono;

Caso incapaz de dormir, sair da cama, tentar relaxar e em ambiente com baixa iluminação;

Retorne com sono para associar a cama com o ato de dormir;

Despertar sempre no mesmo horário e não se preocupar com o horário que precisa acordar, estabelecendo assim um ritmo circadiano consistente. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NEUROLOGIA, 2013, p. 29) ([NEUROLOGIA, 2020](#)).

Outra maneira de auxiliar a higiene do sono está na exposição ao sol pela manhã e evitar a luz intensa durante a noite a fim de regular seu início do sono.

O efeito da luz intensa em pacientes com insônia é significativamente maior se a exposição diária for maior que 45 minutos, comparado a 20 minutos pela manhã. (KIROSOGU, GUILLEMINAULT, 2004, p. 539) ([KIROSOGU; GUILLEMINAULT, 2020](#))

Também é importante não tentar controlar o passar das horas no relógio, isso pode acentuar a sensação de não dormir, o que gera ansiedade e prejudica o início do sono.

É recomendável ficar na cama somente o tempo total para uma boa noite de descanso, geralmente em torno de 5 horas.

A fim de evitar a atividade mental intensa associada à hipervigilância do paciente com insônia, o que frequentemente ocorre no período noturno, o médico pode orientar o cliente a aprender lidar com problemas e situações que venham ao pensamento durante à noite. Também pode-se recomendar ao paciente o envolvimento em rotinas relaxantes e prazerosas para criar uma rotina pré-sono favorável.

Caso a insônia esteja associada a outras condições clínicas como ansiedade, depressão e outras doenças, as técnicas acima deverão estar associadas ao tratamento medicamentoso mais apropriado, ajudando assim a melhorar a qualidade do sono.

Foi observado nos estudos de MORIN et al. (2004) publicados no *Jornal Americano de Psiquiatria* que a terapia cognitivo-comportamental interligada a correta higiene do sono associada com medicações, teve melhor resultado a curto prazo do que qualquer umas das opções terapêuticas isoladamente. A longo prazo o tratamento que conseguiu melhores resultados foi a terapia cognitivo-comportamental (MORIN, 2020).

Geralmente os pacientes que desenvolveram uso crônico aos BZDs, o fizeram para se livrarem apenas do estado de insônia, porém nos consensos internacionais sobre tratamento de insônia, os BZDs não são drogas de primeira escolha.

Essa tendência de redução de uso dos BZDs para insônia é relativamente recente. Um levantamento ao longo de 10 anos mostra que o uso de BZDs caiu em 53,7%, enquanto que o uso de antidepressivos (ADs) sedativos aumentou em 146%. (LADER, RUSSEL, 1993, p.88) (LADER; JOSHUA, 2020).

Na atualidade os profissionais estão priorizando a prescrição dos novos agonistas de receptores GABA-A ou drogas Z visando minimizar mudanças na arquitetura do sono.

3 INTERFERÊNCIA DOS BENZODIAZEPÍNICOS NA ESTRUTURA DO SONO

Estudos com Eletroencefalogramas (ECGs) realizados pela ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE PSIQUIATRIA E ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE NEUROLOGIA (2013, p. 15-16) apontam que os BDZs normalmente alteram as quatro fases da arquitetura do sono, ou o tempo normal de duração de cada uma delas, enquanto os hipnóticos não Benzodiazepínicos como Zolpidem induzem o sono causando pouco ou nenhum efeito na arquitetura do sono (NEUROLOGIA, 2020).

O uso crônico do BZD, ou seja, por um período além de 12 semanas se apresenta como preditivo para investigação sobre desenvolvimento de tolerância ou Síndrome de Dependência. Orientar o cliente a reconhecer a presença de sintomas como tremores, taquicardia, irritabilidade, cefaleia, entre outros, são fundamentais. Com o passar do tempo estes sintomas esvanecem redundando em melhoria da qualidade de vida.

Para que não haja o risco de dependência, não se deve prescrever esse tipo de medicação por um período superior a 8 semanas, sendo que acima de 12 semanas já é considerado uso crônico e a suspensão da medicação já será mais difícil, principalmente porque o paciente pode procurar outros médicos levando a receita inicial e ter a sua receita renovada.

Em 2001 foi realizado uma pesquisa pela OMS sobre a utilização de BDZs em quatro países. Nesta pesquisa foi elencado uma série de indicações clínicas para o uso destas medicações pelos profissionais médicos destes países. A conclusão foi que doenças psicossomática, ansiedade, nervosismo, tensão, estresse, agressividade, insônia e entre outros distúrbios do sono, lombalgia, convulsões, doenças cardíacas como Infarto e Angina e também Hipertireoidismo recebiam prescrição de BDZS ([ORGANIZATION](#), 2020).

Neste mesmo estudo foi observado que nos países em desenvolvimento é muito comum a prescrição destas medicações para Hipertensão Arterial Sistêmica e dor lombar. Vemos em nossa rotina clínica que o uso de BDZ para pacientes com insônia, transtornos de ansiedade com ou sem depressão, doenças crônicas e em pacientes com câncer terminal é muito comum, mesmo não sendo um consenso entre a classe médica.

4 RISCOS DECORRENTES DO USO DOS BZDs

Embora existem benefícios a curto prazo para usuários dos BZDs, não podemos ignorar o risco do uso a longo prazo. São vários os efeitos colaterais que podem ser observados em maior ou menor grau, como riscos de tolerância, que gera o aumento na dose diária, dependência, risco de alterações cognitivas, queda da própria altura e fratura, risco de acidentes de trabalho e de trânsito, risco de depressão respiratória principalmente em pacientes com apneia do sono e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e inclusive risco de suicídio.

Em idosos por exemplo, que naturalmente já possuem maior ocorrência de degeneração cognitiva, o uso de BDZs podem piorar a memória que se encontra deficitária devido à idade ou a alguma doença de base. Pode também causar queda, geralmente da própria altura, e fratura de colo de fêmur, o que gera aumento da morbidade, necessidade de cirurgias, piora da qualidade de vida e até aumento de mortalidade. MUNIZ (1996) descreve dados de uma pesquisa realizada na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, em que os agentes ansiolíticos-hipnóticos em idosos atingiu índices de 95% de utilização entre os entrevistados ([MUNIZ](#), 2000).

Algumas complicações são mais raras - como a redução da libido, obesidade, alterações dermatológicas, alteração do ciclo menstrual, entre outras - entretanto podem ocorrer. É pouco comum surgir reação paradoxal como agitação psicomotora, nervosismo, com instabilidade emocional, irritabilidade e confusão mental.

O risco de tolerância e de desenvolver abstinência durante a retirada dos BDZs é diretamente proporcional ao tempo de uso. Para tanto, se faz necessário que haja um encurtamento no período de uso e que o diagnóstico do cliente ocorra o mais precocemente possível evitando, desta feita, o uso indiscriminado e que a medicação seja prescrita apenas dentro da clínica recomendada.

É muito comum, por exemplo, encontrarmos pacientes com Depressão em uso exclusivo e crônico de BDZs, mesmo na ausência de melhora dos sintomas depressivos e talvez até com piora dos sinais e sintomas.

A diminuição progressiva da resistência da humanidade para tolerar tanto estresse, a introdução profusa de novas drogas e a pressão propagandística crescente por parte da indústria farmacêutica, ou ainda, hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos podem ter contribuído para o aumento da procura pelos benzodiazepínicos. PAPROCKI (1990, p. 305) (PAPROCKI, 1990, p. 305).

Precisamos diagnosticar corretamente a diferença entre Síndrome de Abstinência dos sintomas da doença de base que podem recidivar após a suspensão da medicação. Em ambos os casos temos como sintomas mais comuns: Insônia e outras alterações do sono, transtornos de pânico, tremores musculares, espasmos, transtornos de ansiedade, agorafobia, cefaleia, fotofobia, hiperacusia, anorexia, diarreia, dor abdominal, taquicardia, entre outros. Coletar adequadamente a história clínica prévia e uma consulta com tempo de qualidade podem auxiliar bastante nesta diferenciação.

Segundo uma metanálise de PARR (2009) a melhor maneira de se retirar os BDZs sem que ocorra sintomas relacionados a Síndrome de Dependência é a retirada gradual. Sendo mais prático e mais econômico, pois não exigem a inclusão de outras medicações com o benefício de um menor risco para o paciente, pois se evita o desenvolvimento de sintomas psicossomáticos que trazem grande desconforto e até desestimulam o sujeito a suspender os BDZs (PARR, 2020)

A redução gradual da dose tem até 6 vezes mais chances de levar a cessação do uso dos BZDs com OR=5,96 (IC 95% 2,08-17,11); enquanto que com o uso de psicoterapia breve a chance é de 4 vezes, com OR=4,37 (IC 95% 2,28-6,40). Não há benefício em realizar substituição para outros fármacos, pois praticamente não modifica a chance de interrupção do uso, com OR=1,30 (IC 95% 0,97-1,73). Também conta com a vantagem de não ser necessário introduzir qualquer nova droga, como no caso da substituição por outro benzodiazepínico de meia-vida mais longa. (PARR, 2009, p. 104). (PARR, 2020)

Antes da retirada gradual, o paciente necessita estar motivado. Isto pode ser feito através de informações verbais ou por escrito: quanto aos efeitos colaterais causados pelo medicamento; quanto à possibilidade de suspensão sem precisar passar por sintomas desagradáveis e quanto a melhora da qualidade de vida que pode ser alcançada com a suspensão do BDZ.

Deve ser feito também um cronograma de retirada e este deve levar em consideração o tempo de uso, a dose, o tipo de BDZ (vida longa ou vida curta).

Importante também é levar em consideração se o paciente apresenta alguma doença psiquiátrica associada, principalmente Transtorno de Pânico e Transtorno de Personalidade, que são as patologias mais propensas a causar sintomas desconfortáveis durante a suspensão.

Normalmente a retirada dos primeiros 50% da dose tem uma melhor aceitação por parte do paciente, tendo menos efeitos indesejáveis, já os 50 % finais deve ser reduzido de forma mais lenta. Quanto maior o tempo de uso, maior o tempo até a suspensão completa

da medicação, podendo chegar até aproximadamente seis meses em alguns casos. (LADER, TYLEE, DONOGHUE, 2009, p. 13). (LADER; TYLEE; DONOGHUE, 2020)

Outra alternativa cada vez mais aceita e indicada são as terapias psicológicas cognitivo-comportamentais. Desde que disponíveis, são benéficas, sem efeitos colaterais e apresentam boa resposta clínica, com resultados duradouros a longo prazo. A Psicoterapia em grupo se apresenta como opção para auxiliar na motivação do paciente.

Em alguns casos não será possível suspender a medicação sem o auxílio de outra medicação. Temos portanto algumas opções. Um estudo demonstra que a hidroxizine (25 ou 50 mg) associada a redução paulatina da dose dos BDZs é uma boa opção, tendo uma resposta melhor que a redução abrupta ou a redução gradativa sem hidroxizine. A dose de 50 mg mostrou-se ter uma melhor resposta nesta pesquisa. A carbamazepina também pode ser uma opção, porém só deve ser escolhida em casos não responsivos a hidroxizine, já que possui várias interações medicamentosas e efeitos colaterais, sendo neste caso necessário a realização de hemograma e provas de função hepática. (DENIS, 2006, [s. p.]) (DENIS, 2020).

Devido aos efeitos adversos comuns no uso prolongado como déficits cognitivos (perda de atenção e dificuldade de fixação), fraqueza, náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, dores articulares e torácicas, incontinência urinária, desequilíbrio, pesadelos, taquicardia, alucinações, hostilidade e alteração do comportamento, além da possibilidade de overdose de BZDs, incluindo as tentativas de suicídio, associados ou não a outras substâncias. Também existe o risco aumentado de quedas, problemas respiratórios em idosos e dependência em pessoas que tomam vários medicamentos concomitantemente.

Além da eficácia cada vez mais questionada, “vale a pena esgotar todas as opções terapêuticas tais como: medicamentos antidepressivos” (Brasil, 2013), a prática de atividades física, mudança de hábitos e estilo de vida que resguarde ao máximo o uso dos BDZs. (BÁSICA, 2020)

4 Metodologia

Devido a identificação de um grande número de usuários de benzodiazepínicos (BDZ), com diagnóstico apenas de insônia, adstritos as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Santo Antônio do Pouso Alegre e Km 20, ambas localizadas na cidade de Boa Esperança – ES, e a sintomas de dependência e abstinência identificada nestes pacientes decidimos realizar um trabalho nesta comunidade afim de reduzir este número.

Através de pesquisa de publicações na área de insônia e dependência de benzodiazepínicos, traçamos como objetivo dar ênfase: a educação em saúde, esclarecendo a estes usuários crônicos de BDZ os riscos e benefícios deste uso; a orientação de que é possível realizar o desmame e a suspensão da medicação sem desenvolvimento de reações desagradáveis de Síndrome de Abstinência; disponibilizar a estes pacientes um tratamento correto para insônia visando melhora da qualidade do sono e com isso melhorar a qualidade de vida.

Para alcançar tal objetivo iniciamos com um levantamento à partir dos prontuários e consultas médicas individuais entre os meses de fevereiro e agosto de 2019 afim de classificar todos os usuários de benzodiazepínicos de acordo com idade, gênero, presença ou não de alguma patologia psiquiátrica, tempo de uso e presença ou não de características de dependência.

Os pacientes com patologias psiquiátricas subjacentes foram excluídos desse trabalho, com manutenção da prescrição de benzodiazepínicos de acordo com a prescrição do psiquiatra que iniciou o tratamento. A todos os outros foi iniciado desde agosto de 2019 a distribuição de folders informativos, associado a consultas individuais com abordagem a estimular a descontinuação do uso da medicação, orientações relacionadas a higiene do sono, redução progressiva da dose do benzodiazepínico com ou sem associação a outras medicações que não induzam a dependência.

Essa abordagem foi ofertada a todos os usuários crônicos de benzodiazepínicos que não possuem doença mental subjacente das Unidades Básicas de Saúde de Santo Antônio do Pouso Alegre e Quilômetro 20, ambas situadas na cidade de Boa Esperança – ES. Essas UBS são atendidas pela Equipe de Saúde da Família da qual faço parte.

O projeto foi iniciado através de pesquisa realizada entre os meses de fevereiro e agosto de 2019. Desde que foi colocado em prática diversos pacientes conseguiram suspender completamente a medicação, com relatos de melhora da qualidade de vida. Infelizmente ainda há resistência por parte de alguns que se dispõem a ir ao Pronto Socorro do Município onde obtêm as receitas controladas com facilidade, pois não desejam a interrupção do vício, nem a redução da dose.

O trabalho é realizado pelo médico e enfermeiro da Equipe de Saúde da Família dessas comunidades.

5 Resultados Esperados

O principal resultado será a diminuição do consumo de Benzodiazepínicos na população adstrita as Unidades Básicas de Saúde de Santo Antônio e Quilometro 20.

Temos como resultado da pesquisa os seguintes dados: vários pacientes fazem uso crônico de benzodiazepínicos para tratamento de insônia; isoladamente usam os BZD para tratamento de depressão e para tratamento de transtorno de ansiedade; a maioria destes pacientes continuavam com os sintomas declarados e queriam uma dose maior da medicação se possível; alguns destes pacientes já haviam tentado interrupção da droga diversas vezes e até com sintomas de Síndrome de Abstinência.

Esses dados são semelhantes aos encontrados em diversas publicações da área.

Esperamos assim que os pacientes tenham melhor consciência dos efeitos colaterais do uso crônico de benzodiazepínicos, que cessem o uso e que não estimulem outros a iniciar o uso de tais medicações.

Desde o início da implementação do projeto em agosto de 2019 diversos pacientes conseguiram interromper a dependência crônica destas medicações, enquanto outros ainda resistem e chegam ao ponto de exigir a medicação e quando recebem a negativa de indicação, solicitam encaminhamento para avaliação psiquiátrica. Há também vários colegas que continuam estimulando o uso indiscriminado destas substâncias e que ao atender estes pacientes no Pronto Socorro Municipal ou alguns colegas psiquiatras que ao receberem o paciente encaminhado, oferecem nova receita e orientam de maneira diferente da que temos realizado.

Mesmo com estas dificuldades desejamos manter o projeto, pois vimos naqueles pacientes que interromperam o uso uma melhora real da qualidade de vida, muitas vezes enaltecida com gratidão expressada pelo próprio paciente.

Referências

- ALVARENGA, J. M. E. a. *Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzo-diazepines use among community dwelling older adults: the Bambui Health and Aging Study (BHAS)*. 2020. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.30, n.1, São Paulo, Mar. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000062>>. Acesso em: 04 Mai. 2020. Citado na página 15.
- BÁSICA, B. M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. *Saúde mental*. 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 11 Mai. 2020. Citado na página 22.
- BERNIK MÁRCIO, A.; MÁRCIA, B. d. M. S.; SOARES, C. d. N. *Benzodiazepínicos padrões de uso, tolerância e dependência*. 2020. São Paulo. rq. Neuro-Psiquiatr. 1990. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-282X1990000100020>>. Acesso em: 04 Mai. 2020. Citado na página 16.
- DENIS, C. M. E. a. *Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings*. 2020. Cochrane Database., 2006. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16856084>>. Acesso em: 18 Mai. 2020. Citado na página 22.
- HUF, G.; LOPES, C.; ROZENFELD, S. *Long-term benzodiazepine use in women at a daycare center for older pe-ople*. 2020. Cad Saude Publica, vol.16, n.2, pp.351-362, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X20000002000>>. Acesso em: 18 Mai. 2020. Citado na página 16.
- KIROSOGLU, C.; GUILLEMINAULT, C. *Twenty minutes versus forty-five minutes morning bright light treatment on sleep onset insomnia in elderly subjects*. 2020. J Psychosom, 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15172210>>. Acesso em: 18 Mai. 2020. Citado na página 18.
- LADER, M.; JOSHUA, R. *Guidelines for the prevention and treatment of benzodiazepine dependen-ce: Summary of a report from the mental health foundation*. 2020. 1993. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8130710>>. Acesso em: 18 Mai. 2020. Citado na página 19.
- LADER, M.; TYLEE, A.; DONOGHUE, J. *Withdrawing benzodiazepines in primary care*. 2020. CNS Drugs, 2009. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19062773>>. Acesso em: 25 Mai. 2020. Citado na página 21.
- MORIN, C. M. E. a. *Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia*. 2020. Am J Psychiatry, 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14754783>>. Acesso em: 25 Mai. 2020. Citado na página 19.
- MUNIZ, M. *Ópio da terceira idade*. 2000. Ciência Hoje, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000119&pid=

S1516-4446200200020000600002&lng=pt>. Acesso em: 12 Jan. 2000. Citado na página 20.

NEUROLOGIA, A. B. de Psiquiatria Associação Brasileira de. *Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos*. 2020. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf>. Acesso em: 04 Mai. 2020. Citado 3 vezes nas páginas 15, 18 e 19.

ORGANIZATION), W. W. H. *As burden of mental disorder looms large, countries report lack of mental health programmes*. 2020. 2001. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11496916>>. Acesso em: 01 Jun. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 20.

PAPROCKI, J. O emprego de ansiolíticos benzodiazepínicos pelo clínico geral e por especialistas não psiquiatras. *Rev ABP-APA - Set-Out*, p. 305–305, 1990. Citado na página 20.

PARR, J. M. E. a. *Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: A meta-analysis*. 2020. 2009. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18983627>>. Acesso em: 25 Mai. 2020. Citado na página 21.

RIBEIRO, C. S.; SILVA, V.; BOTEAGA, N. J. *Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: User profile and usage pattern*. 2020. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-31802007000500004>>. Acesso em: 01 Jun. 2020. Citado na página 17.

STROHLE, A. e. a. *Dependency of non-benzodiazepine hypnotics. Two case reports*. 2020. 1999. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/100-87521>>. Acesso em: 01 Jun. 2020. Citado na página 16.