



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Elissa Ney Mariano

**O uso indevido de benzodiazepínicos e suas consequências:
como estabelecer redução de dosagens ou substituição**

Espírito Santo

2014

Elissa Ney Mariano

O uso indevido dos benzodiazepínicos e suas consequências: como estabelecer redução de dosagens ou substituição

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientadora: Karen André Oliveira Xavier

Espírito Santo

2014

RESUMO

Objetivos: Estudo descritivo que se pretende a correlacionar o uso de benzodiazepínicos a seus efeitos colaterais, bem como melhores indicações para prescrição e orientação aos pacientes.

Métodos: a partir de levantamento de dados sobre diversos estudos, incluindo meta-análises, puderam ser observadas questões como efeitos colaterais em uso de curto e longo prazo, principais indicações e formas de orientação ao uso. Tendo em vista tais dados, fora proposto um sistema de retirada, redução ou substituição das drogas em uso, de modo experimental. Os pacientes foram selecionados em uma palestra dissertando sobre efeitos e indicações das drogas e cada um recebeu um questionário de avaliação ao fim da palestra. O sistema proposto é baseado no tempo de uso (inferior ou superior a 1 ano).

Resultados: A maior parte da indicação foi para tratamento de insônia, sendo que nenhum dos casos era de insônia primária. O principal benzodiazepínico utilizado foi o clonazepam 2 mg. A idade das pacientes estabeleceu uma escala muito variável (41 a 76 anos). Muitos pacientes se queixaram da falta de orientação sobre a medicação e do vínculo fraco estabelecido com os prescritores. A retirada se fez mais eficaz para usuários com tempo de uso inferior a 1 ano (entre 100% e 60% durante o curso de retirada), mantendo níveis mais modestos para pacientes com uso superior a 1 ano (até 60%), considerando as associações medicamentosas feitas durante o processo de retirada.

Conclusão: Tendo em vista a vivência de uma situação global de crises e a desconsideração das diferenças individuais, que tornariam muito criterioso o uso de tais medicamentos, os efeitos colaterais da medicação e o número de prescrições têm se tornado mais observáveis e preocupantes, o que torna essencial estabelecer um método mais criterioso de classificação do uso destes medicamentos. Para tanto se tornam essenciais uma entrevista mais criteriosa destes pacientes, estabelecer um vínculo com os prescritores e indicação de outros métodos concomitantes para reduzir a dependência medicamentosa.

Buscadores: Benzodiazepínicos; Efeitos colaterais; Prescrições; Comportamento social.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
1.1 As prescrições médicas de benzodiazepínicos.....	4
1.2 Farmacologia.....	4
1.3 Justificativa	6
1.4 Objetivos	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	8
2.1 Livros.....	8
2.2 Artigos obtidos em buscadores eletrônicos	9
3. METODOLOGIA	12
3.1 Público-alvo.....	12
3.2 Desenho de operação.....	12
3.3 Recursos Necessários	14
3.4 Orçamento	14
3.5 Cronograma de Execução	14
3.6 Resultados Esperados	15
3.7 Avaliação	15
4. CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

O crescente aumento da violência urbana, a sobrecarga de atividades cotidianas e intensificação do ritmo de trabalho, levaram a um aumento significativo de indivíduos que se consideram ansioso, além do surgimento de novos diagnósticos clínicos que enquadram tais indivíduos. Dentre estes diagnósticos estão a síndrome do pânico, fobias, a ansiedade generalizada, síndrome burnout, muito comum entre médicos, do sexo feminino e de meia idade, transtorno obsessivo compulsivo e a síndrome do pensamento acelerado. A síndrome é descrita como uma inabilidade do indivíduo em individualizar o fluxo de ideias, estabelecendo uma série de linhas de pensamento ao mesmo tempo, culminando em dificuldade para manter a atenção, irritabilidade, insônia, depressão, dores crônicas (CURY, 2014).

Em vista destes inúmeros transtornos, que passam a configurar um prejuízo importante à qualidade de vida dos pacientes ao longo de décadas, entram em destaque o uso dos benzodiazepínicos, medicamentos sedativo-hipnóticos, também utilizados como anticonvulsivantes e ansiolíticos (BRUNTON e org.; 2012). Estes são empregados na prática clínica a décadas. Contudo, a partir do emprego do clordiazepóxido, em 1961, passaram a ser prescritos em larga escala como alternativa segura ao uso de barbitúricos (BRUNTON e org.; 2012). O número de prescrições, pela segurança e diversidade de emprego da medicação, tornou-se crescente, desconsiderando-se efeitos colaterais e outros prejuízos à qualidade de vida dos pacientes. Também não se leva em consideração uma separação entre o distúrbio biológico e o psicossocial, levando muitas vezes a prescrições desnecessárias, além da falta de orientação aos usuários destas medicações.

Esta compilação de estudos tem por objetivo apresentar sobre o uso de benzodiazepínicos, sua farmacologia, efeitos colaterais, indicações de prescrição e orientações aos pacientes, priorizando prescrições mais conscientes e concisas destes medicamentos. A principal motivação para tal abordagem é o número crescente de prescrições injustificadas observadas no período de atuação na USF de Vila Bethânia, bem como a procura crescente

da medicação em razão de insônia, sem que seja esta a indicação prioritária da medicação (HALLFORS; SAXE, 1993).

1.1 As prescrições médicas de benzodiazepínicos

Inúmeros artigos remontam ao emprego, muitas vezes indevido, de benzodiazepínicos, nos mais diversos quadros clínicos. Contudo, tais medicamentos também são utilizados naqueles que não possuem comorbidades médicas, simplesmente por apresentarem um comportamento diferenciado do imposto biopoliticamente, aqueles que são um pouco mais agitados ou desinibidos, os considerados “anormais” (CAPONI; 2009). São estes indivíduos que configuram o grande contingente de prescrições indevidas, por não haver uma devida caracterização do que é passível de conduta medicamentosa ou não, dificultando o diagnóstico clínico. Também há falta de estudos bibliográficos ou de triagem clínica que possibilitem separar as características desses indivíduos (COELHO e col., 2006).

1.2 Farmacologia

Os benzodiazepínicos são capazes de ligar-se a neurotransmissores que se ligam aos receptores inibitórios γ -aminobutírico (GABA). Por diferentes mecanismos de ação, estes agentes lipossolúveis produzem efeitos sedativo-hipnóticos, relaxantes de musculatura, ansiolíticos e anticonvulsivantes (BRUNTON e org, 2012). Os fármacos são divididos ainda em 4 categorias, conforme a meia-vida de eliminação:

- Ação ultrarrápida
- Ação curta (meia-vida < 6h), como triazolam
- Ação intermediária (meia-vida de 6-24h), como estazolam e temazolam
- Ação prolongada (meia-vida>24h), como diazepam

Alguns dos fármacos que compõem esta família, conforme frequência de prescrições e utilização em Atenção Primária são listados abaixo, bem como suas indicações e meia-vida:

COMPOSTO	INDICAÇÃO	COMENTÁRIO	MEIA-VIDA
Diazepam	Ansiedade, Epilepsia, Relaxamento muscular, Pré anestésico		43h
Lorazepam	Ansiedade, Pré anestésico		14h
Alprazolam	Ansiedade, Agorafobia	Abstinência pode ser grave	12h
Clonazepam	Epilepsia, Mania aguda, Distúrbios do movimento	Causa tolerância aos efeitos anticonvulsivantes	23h
Midazolam	Pré anestésico e intraoperatório	Inativado rapidamente	1,9h

Os efeitos apresentados constituem os apresentados abaixo:

EFEITOS DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS

- Sonolência
- Ataxia
- Redução do tempo de sono REM
- Amnésia (em doses elevadas)
- Comportamento desinibitório
- Redução da secreção gástrica
- Vasodilatação e redução da pressão arterial
- Apnéia (quando administrado com opióides)

Dentre os efeitos colaterais, estão:

- Delírio
- Lentidão
- Falta de coordenação motora
- Amnésia anterógrada
- Sonolência diurna residual
- Hangover (ressaca) ao despertar
- Fraqueza
- Cefaleia
- Visão borrada
- Náuseas
- Vômitos
- Desconforto epigástrico
- Aumento da incidência de pesadelos

- Comportamento hipomaníaco
- Euforia
- Inquietação
- Alucinações
- Paranoia (uso ocasional)
- Dependência e abuso (uso crônico)

1.3 Justificativa

Alguns médicos generalistas ou não, acabam tornando-se grandes prescritores de benzodiazepínicos justificando: repetir o que foi prescrito por outros médicos, persuasão dos pacientes, inabilidade para interferir no direito de escolha do paciente, “alento” à vida do usuário, comodidade da repetição da prescrição, falta de regras explícitas sobre o uso, não ter vínculo com o paciente (CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006). Além disso, as doses dos medicamentos prescritos se tornam cada vez mais elevadas, pelo fato dos pacientes desenvolverem tolerância mais rápido por usarem a medicação sem sintomas. Portanto, se torna necessário estabelecer uma delimitação para as prescrições da medicação em discussão, principalmente para os pacientes usuários da Atenção Primária, com o intuito de reduzir as consequências do uso indevido, como a dependência.

1.4 Objetivos

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos, com maior prevalência entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008). Geralmente, quando prescritas, há uma orientação pobre sobre os riscos estabelecidos a partir do uso da substância, geralmente reacionados a não ingerir álcool, falta de atenção ou coordenação motora e

dependência, sempre enfatizando esta última (AUCHEWSKI et al., 2004). Na tentativa de reduzir este percentual, bem como estabelecer uma orientação sobre os benzodiazepínicos, onde devem ser mais bem empregados, foi criado um sistema de retirada ou redução das medicações, bem como substituição para pacientes que já estão em uso das medicações, bem como associação de métodos não alopáticos para aumentar as chances de sucesso do tratamento e reduzir o grau de dependência medicamentosa.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1– Livros

Para conclusão da pesquisa foram utilizados os buscadores SCIELO, “Projeto Diretrizes” e “PUBMED” além de livros para leitura de suporte e embasamento teórico.

Dentre os livros utilizados para a conclusão deste TCC, temos o de autoria do psiquiatra Augusto Curry, “Ansiedade: como enfrentar o mal do século: a Síndrome do Pensamento Acelerado: como e porque a humanidade adoeceu coletivamente, das crianças aos adultos”, 2014, enfatizando a síndrome do pensamento acelerado, o qual é pouco diagnosticado pela complexidade. Tal texto foi selecionado para inserção neste trabalho com o objetivo de tentar abranger o conhecimento sobre síndromes ansiosas e melhorar a abordagem aos pacientes. Outro utilizado foi “As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman” de Laurence Brunton e organizadores, que descreve a farmacologia dos benzodiazepínicos, meia vida, efeitos colaterais e todos os medicamentos que se enquadram nesta família.

2.2– Artigos obtidos em buscadores eletrônicos

Os artigos pesquisados a partir do buscador “PUBMED” e “Projeto Diretrizes” foram:

1. The Dependence Potential of Short Half-Life Benzodiazepines: A Meta-Analysis – Denise D. Hallfors and Leonard Saxe

Objetiva evidenciar as relações entre dependência física e psíquica dos benzodiazepínicos, principalmente a relação entre os de meia vida curta e longa aos efeitos que estes provocam depois de retirados a partir de um estudo de meta-análise. Para tanto foi utilizada em maior proporção a escala de ansiedade de Hamilton, para classificar a intensidade dos sintomas antes e após o início do uso da medicação, bem como após a retirada destas. Foram quatro os estudos analisados, todos com amostras pequenas, dividindo as classes das medicações apenas em benzodiazepínicos de meia vida curta e longa, sendo desconsideradas avaliações sobre o sono em razão da falta de informações nos estudos revisados. Como resultado final, temos maior capacidade de abandono da medicação, sem grandes alterações na escala, nos pacientes em uso de benzodiazepínicos de curta meia vida, bem como menor incidência de dependência. O mesmo estudo coloca em pauta na discussão a necessidade do policiamento das prescrições e maior esclarecimento aos seus usuários. Apesar do ano de publicação (1993), o estudo trata de assunto atual, sem muitas mudanças quanto a publicação de critérios sobre a prescrição da substância em questão.

O mesmo assunto também foi abordado por Lance Longo e Brian Johnson em “Addiction: Part I. Benzodiazepines - Side Effects, Abuse Risk and Alternatives”, publicado no jornal “American Academy of Family Physicians” em 2000

Estas questões foram novamente revistas por H. Natasy, M.Ribeiro e ACPR Marques em “Abuso e dependência de benzodiazepínicos”, disponível no buscador Projeto Diretrizes, publicado em 2008, apresentando ainda as medicações do grupo mais utilizadas e algumas de suas indicações, em pesquisa de caráter exploratório.

Os artigos pesquisados a partir do buscador SCIELO foram:

1. Biopolítica e medicalização dos anormais – Sandra Caponi

O estudo analisa considerações, principalmente Foucault, Agamben e Canguilhem, sobre os conceitos de biopolítica (modalidade de poder própria dos Estados modernos) sobre a delimitação dos comportamentos normais e “anormais”, bem como da transformação daqueles que não seguem as normas sociais como indivíduos doentes e passíveis de medicalização. A partir da compilação de textos observamos as diversas características observadas como transtornos mentais, causando a criminalidade, sífilis e prostituição, que tornam os indivíduos “degenerados”, das teorias de Morel e Magnan à contraposição destas ideias posteriormente nos Anais Médicos-Psicológicos. Tais transtornos seriam, a partir destas teorias, passíveis de medicalização ou medidas de esterilização desta população no século XIX. Por fim, refere a continuidade da psiquiatrização dos anormais, mesmo no últimos 30 anos e a infinidade de novos transtornos descobertos.

2. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos - Luciana Auchewski et AL

A pesquisa observacional com intuito de avaliar a frequência de orientação médica e a qualidade das mesmas sobre o uso de medicação benzodiazepínica, tendo em vista o elevado número de prescrições nas últimas duas décadas, bem como o quanto estas prescrições podem carecer de critério ao serem prescritas. Realizou-se uma coorte de pacientes, a partir de aplicação de questionário em farmácias de Curitiba, os quais eram aplicados pelo farmacêutico. O questionário contenha informações sobre escolaridade, renda, tipo de benzodiazepínico em uso, especialidade médica e tipo de orientação recebida. As orientações principais foram divididas em redução da atividade psicomotora e coordenação, denominada como “atenção”, interação de risco com bebidas alcoólicas, dita como “não beber” e não usar por período prolongado, denominada como “dependência”. A questão da preocupação da dependência mostrou-se também importante no questionário, tendo como resultado maior preocupação de clínicos gerais com a questão da dependência, bem como interação com drogas, que neurologistas e psiquiatras. O estudo conclui que a qualidade da orientação médica, de um modo geral, deve ser aprimorada.

3. Em “O uso racional de psicofármacos”, de Andréa Carvalho, Milene Costa e Hugo Fagundes, publicado em 2006, temos a exploração do uso consciente de psicofármacos de forma global, enfatizando os benzodiazepínicos, muitas vezes prescritos sem adequada indicação. Também são enfatizados os riscos das prescrições continuadas, ressaltando os efeitos colaterais, e a falta de orientação médica aos pacientes.
4. Em trabalho publicado por Menandes Neto e Gisele Amaral, “Análise e caracterização de benzodiazepínicos”, em 2009, na revista da UNIVAR, há uma descrição da farmacologia do medicamento e dos tipos de usuários em médicos, diurnos, noturnos e poli-usuários (este último grupo de uso ilícito). Ao fim, há uma descrição dos principais medicamentos do grupo vendidos no Brasil. Fernando Coelho e colaboradores em “Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas”, publicado pela Moreira Jr editora em 2006, há uma síntese do trabalho supracitado, não acrescentando de novos fatos.

5. METODOLOGIA

5.1 Público-alvo

Pacientes usuários de benzodiazepínicos sem correta indicação, que se enquadram ou não no grupo de dependência medicamentosa.

5.2 Desenho da operação

Com auxílio das agentes de saúde, foi feita uma busca ativa na área de abrangência da unidade de saúde e divulgada a palestra para toda a população, 1 semana antes do evento.

A palestra foi oferecida para todos que quiseram comparecer, com orientações sobre os tipos de benzodiazepínicos, os efeitos pretendidos pela droga e formas não medicamentosas de controle de depressão, ansiedade e insônia, como atividades físicas, terapia comportamental, homeopatia e os sedativos hipnóticos de nova geração. Para cada participante usuário foi distribuído um questionário de avaliação, conforme abaixo:

Sexo: feminino () masculino()		
Idade:		
Qual a frequência das consultas?		
Qual a quantidade de medicações prescritas em cada consulta?		
Qual o benzodiazepínico indicado?		
Dose das medicações:	Número de doses dia:	Horário:
Há quanto tempo utiliza a medicação?		
O uso é contínuo ou intermitente?		
Já tentou parar o uso?		
Essa tentativa foi com ou sem orientação médica?		
Houve orientação para parar?		
Qual foi? () redução gradual?		
() substituição por outra medicação? Qual?		
() associação com outra medicação? Qual?		
A tentativa de parar teve sucesso? Descreva como foi:		
Por quanto tempo o médico indicou o uso dessa medicação?		
Por que foi indicada essa medicação?		

Após o preenchimento dos formulários, todos os participantes foram encaminhados à recepção da unidade de saúde para o agendamento das consultas nos dias 28 e 29 de julho.

A cada consulta foi estabelecido um diálogo com esses pacientes sobre métodos individualizados de terapêutica e drogas mais indicadas para cada caso. Para tratamento de insônia, uma das principais drogas indicadas foi a amitriptilina. O zolpidem e a melatonina foram pouco indicados em razão das condições financeiras dos pacientes (a maioria não aceitou pagar por outras medicações, pois a amitriptilina é distribuída pelo município gratuitamente). Para providenciar o escalonamento, as drogas de uso rotineiro foram manipuladas (sempre a metade da dose habitual) e associadas com a medicação de substituição até a 7ª semana (inferior a 1 ano) e 10ª semana (superior a 1 ano), sendo por fim substituídas pela droga de escolha. Para alguns pacientes foram associados antidepressivos para manejo de quadros como a depressão e ansiedade, para serem tomados somente no período da manhã. Ao fim de cada consulta foi entregue a tabela de escalonamento de doses, conforme ilustrado abaixo, individualizando os pacientes usuários conforme o tempo de consumo da medicação:

		Superior a 1 ano							COMO VOCÊ ESTÁ HOJE?			OUTROS SINTOMAS
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM					
1ª SEMANA	O	O	O	X	O	O	O	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
2ª SEMANA	O	O	X	O	O	X	O	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
3ª SEMANA	O	X	O	O	X	O	O	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
4ª SEMANA	O	X	O	O	X	O	O	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
5ª SEMANA	X	X	O	X	X	O	X	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
6ª SEMANA	X	X	O	X	X	O	X	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
7ª SEMANA	X	X	X	O	X	X	X	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
8ª SEMANA	X	X	X	O	X	X	X	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
9ª SEMANA	X	X	X	X	X	X	X	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
10ª SEMANA	S	X	X	S	X	X	S	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
11ª SEMANA	S	S	X	S	S	X	S	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
12ª SEMANA	S	S	S	S	S	S	S	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
O = BZD HABITUAL												
X = BZD DOSE BAIXA												
S = SEM MEDICAMENTO OU MEDICAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (AMYTRIL, RAMELTEONA,												
		Inferior a 1 ano							COMO VOCÊ ESTÁ HOJE?			OUTROS SINTOMAS
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM					
1ª SEMANA	O	O	x	O	O	X	O	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
2ª SEMANA	O	X	X	O	X	X	O	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
3ª SEMANA	X	X	X	O	X	X	X	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
4ª SEMANA	X	X	X	O	X	X	X	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
5ª SEMANA	X	X	X	X	X	X	X	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
6ª SEMANA	S	X	S	X	S	X	S	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		
7ª SEMANA	S	S	S	S	S	S	S	IRRITADO ENJOADO	SUORES FRIOS	DOR DE CABEÇA		

Durante o escalonamento foi solicitado que os pacientes anotassem tudo o que sentissem ou retornassem ao atendimento clínico caso efeitos colaterais mais

intensos ou mesmo dúvidas sobre como proceder. Foi orientada individualmente a prática de terapias alternativas (atividade física, grupos de leitura, atividades lúdicas, pintura, psicoterapia), conforme as condições financeiras, gostos pessoais e condições físicas dos pacientes.

As consultas finais foram realizadas após 1 mês de uso, para o grupo de consumo inferior a 1 ano, e 3 meses de uso, para o grupo de consumo superior a 1 ano.

Como fatores limitantes do estudo temos a amostra reduzida, a dificuldade visual das pacientes (um acompanhante foi solicitado para auxiliar no preenchimento da ficha), dificuldade de compreensão (por vezes por baixa escolaridade ou atenção reduzida, foi orientado que um familiar auxilia-se na tomada de medicamentos).

5.3 Recursos Necessários

Serão utilizados os auditórios das Unidades de Saúde da Família, com a apresentação de slides e discussão. O consultório de atendimento habitual também foi utilizado.

5.4 Orçamento

Serão utilizados nas reuniões:

Impressão de questionários	R\$ 4,00
Impressão de tabelas de intervenção	R\$ 4,00
Impressão de avisos	Providenciados pela unidade
Sala de reuniões	Providenciados pela unidade
Data show	Providenciados pela Vigilância Epidemiológica
Lanches	R\$ 30,00

A sala de reuniões da unidade de saúde será disponibilizada também gratuitamente. Não houve qualquer vinculação com grupos farmacêuticos.

5.5 Cronograma de execução

As atividades foram planejadas conforme o exposto abaixo:

Elucidação do projeto de intervenção	16 de maio
--------------------------------------	------------

Convite à comunidade feito pelas agentes de saúde.	20 a 25 de maio
Reunião com a comunidade apresentando as funções, indicações e efeitos colaterais dos benzodiazepínicos. Preenchimento de questionários e marcação de consultas.	27 de maio
Consultas individualizadas e preparo das medicações para intervenção, adaptando na tabela de retirada.	28 a 29 de maio
Avaliação da intervenção	Após 1 mês e 3 meses da primeira consulta, conforme tempo de uso.

5.6 Resultados esperados

A partir destas medidas, tornar o uso de benzodiazepínicos mais consciente pode tornar-se uma realidade para os pacientes da atenção primária, conscientizando os prescritores da necessidade de formação de vínculos com seus pacientes, e mostrando os perigos da medicalização da vida.

5.7 Avaliação

A base de dados utilizada para avaliação foi o Epi Info 7.

A média de idade das pacientes foi de 58 anos (41 a 76 anos), com predominância do sexo feminino, com frequência de consultas bimestrais (apenas um dos participantes relata consultas mensais).

A quantidade de medicação dispensada a estes pacientes chega a 180 comprimidos por mês, para 40% dos participantes (as receitas são entregues sem data) e 60 comprimidos para os demais 60% (com data e dispensadas apenas após consulta).

As principais medicações utilizadas foram o clonazepam (39,88%), alprazolam (20,23%), bromazepam (17,34%), cloxazolam (11,56%) e lorazepam (10,98%). Os motivos relatados para maior indicação do clonazepam foram a preferência pessoal ds pacientes, uso por outros conhecidos e valor da medicação (distribuição gratuita da medicação pela prefeitura).

O tempo médio de uso da medicação foi de 15 anos, com maior período de uso equivalente a 35 anos. Apenas 22% dos entrevistados apresentou tempo de uso inferior a 2 anos.

Dentre as indicações principais para uso da medicação, a maior delas foi a de insônia (55,56%), seguida de depressão (22,22%), irritabilidade (11,11%) e insônia (11,11%). As drogas indicadas para insônia não foram prescritas adequadamente e a principal queixa dos pacientes quanto ao uso da droga foi de sonolência diurna e hangover (ressaca) pela manhã.

O principal método de retirada orientada e não orientada das drogas foi pela retirada gradual (62,5%), com taxa de sucesso na redução equivalente a 5% para as não orientadas e 30% para as tentativas orientadas.

Após a intervenção obtivemos as seguintes conclusões quanto a eficácia do tratamento:

Medicações prescritas	Associação com antidepressivos*	Sem associação	Taxa de eficácia **
Amitriptilina 25mg	65%	40%	40%
Amitriptilina 50mg	15%	50%	60%
Melatonina 2mg	20%	10%	100%

* Os principais antidepressivos utilizados foram sertralina 25, 50 e 75mg, bupropiona 150 a 200mg, cymbi 30mg
 **A taxa de eficácia indica o sucesso alcançado no abandono dos benzodiazepínicos de uso prévio

A eficácia de retirada foi também associada a união de terapêutica alternativa associada a alopátia, objetivando auxílio na resolução da doença de base destes pacientes, como depressão e ansiedade. Em momento algum foi constatada insônia primária nos pacientes avaliados.

6. CONCLUSÃO

A orientação é essencial para aprimorar o atendimento e a qualidade de vida dos pacientes atendidos. Com a conclusão deste estudo, se tem por objetivo reduzir o número de prescrições desnecessárias, orientar devidamente pacientes e médicos sobre os riscos do uso da medicação e associar o tratamento medicamentoso à psicoterapia em todos os casos, com o intuito de reduzir o tempo de prescrição medicamentosa bem como o risco de retorno ao uso da medicação. Também tem como pretensão propor o esquema de retirada exposto para auxílio dos prescritores na redução, substituição ou retirada das drogas expostas, conforme a necessidade dos usuários, de um modo mais eficaz, reduzindo o risco de recaídas.

REFERÊNCIAS

AUCHEWSKI, L. et al . Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 24-31, Mar. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 May 2015.

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de maio 2015.

CARVALHO, A.L.; COSTA, M.R.; FAGUNDES, H. Uso racional de psicofármacos – O ano da promoção do uso racional de psicofármacos. **Coordenação de programas de saúde mental**. Ano 1, vol. 1. Abril a Junho 2006. Disponível em:< www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/289.pdf>. Acesso em: 14 de junho de 2015.

COELHO, F.M.S. e col. Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina** – Moreira Jr. Editora. p. 196-200. Janeiro, 2006. Disponível em:< http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3291>. Acesso em: 24 de maio de 2015.

CURY, A. **Ansiedade: como enfrentar o mal do século: a Síndrome do Pensamento Acelerado: como e porque a humanidade adoeceu coletivamente, das crianças aos adultos**. 1ª Ed. São Paulo: Saraiva, 160 p. 2014.

HALLFORS, D D; SAXE L.. The Dependence Potential of Short Half-Life Benzodiazepines: A Meta-Analysis. **American Journal of Public Health**. 1993. p. 1300–1304. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1694983/pdf/amjph00533-0110.pdf>. Acesso em: 24 de maio de 2015.

LAURENCE, L.B. e org. **As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman**. Mc Graw Hill, Porto Alegre, 12ª edição, 2012.

LONGO, L.P.; JOHNSON, B. Addiction: Part I. Benzodiazepines - Side Effects, Abuse Risk and Alternatives. **Am Fam Physician**. 2000 Abril. p.2121-2128. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2000/0401/p2121.html>>. Acesso em: 24 de maio de 2015.

LONGO, L.P. e col. Addiction: Part II. Identification and Management of the Drug-Seeking Patient. **Am Fam Physician**. Abril, 2000. p.2401-2408. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2000/0415/p2401.html>>. Acesso em: 24 de maio de 2015.

NASTASY H, RIBEIRO M, MARQUES ACPR. Abuso e dependência de benzodiazepínicos. **Associação Brasileira de Psiquiatria**. Projeto Diretrizes.

Fevereiro de 2008. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf>. Acesso em: 24 de maio 2015

NETO, M.A.S.; AMARAL, G.A. Análise e caracterização de benzodiazepínicos. **Revista Interdisciplinar**, UNIVAR. Brasil, 09 de Dezembro, 2002. Disponível em: <www.univar.edu.br/revista/downloads/benzodiazepinicos%20.pdf>. Acesso em: 14 de junho de 2015.

Orientações Gerais:

→ O trabalho deve conter de 8 a 14 páginas contadas a partir da introdução até o término das referências bibliográficas.

a) Formato do papel: A4 (21 cm x 29,7 cm). Na apresentação de ilustrações, em dimensões maiores do que o A4, como no caso de mapas, deve-se utilizar o formato A3 (42 cm x 29,7 cm) dobrado. Recomenda-se a utilização de papel branco ou reciclado;

b) Orientação: retrato para o texto e paisagem para ilustrações e tabelas que requeiram largura maior;

c) Margens: esquerda e superior: 3 cm,
direita e inferior: 2 cm;

d) Alinhamento: justificado no corpo do texto. As notas de rodapé e as referências serão alinhadas à esquerda, assim como o título, a legenda, as notas e as fontes das ilustrações;

e) Parágrafo: usar a tabulação-padrão (1,25 cm), a partir da margem esquerda da folha.

f) Espaçamento: – antes e depois: 0 pt;
– entrelinhas: espaço um e meio (1,5), uniformemente, no trabalho acadêmico; espaço simples (1), para citações longas (com mais de três linhas), notas de rodapé, referências, resumos e informações relativas à natureza do trabalho. O mesmo espaçamento se aplica às legendas, notas e fontes das ilustrações e tabelas;

g) Fonte: – tipo: Arial;
– estilo: normal;

- tamanho: corpo 14 para capa e lombada; corpo 12 para o restante do trabalho acadêmico; corpo 10 para citações longas, notas de rodapé, legendas, notas e fontes das ilustrações e das tabelas;
- cor: preta e, se necessário, em cores para ilustrações;

h) Paginação: todas as folhas do trabalho, a partir da folha de rosto, devem ser contadas. Entretanto, a numeração será colocada somente a partir da primeira folha da parte textual, **em algarismos arábicos, na borda superior direita da folha.**