

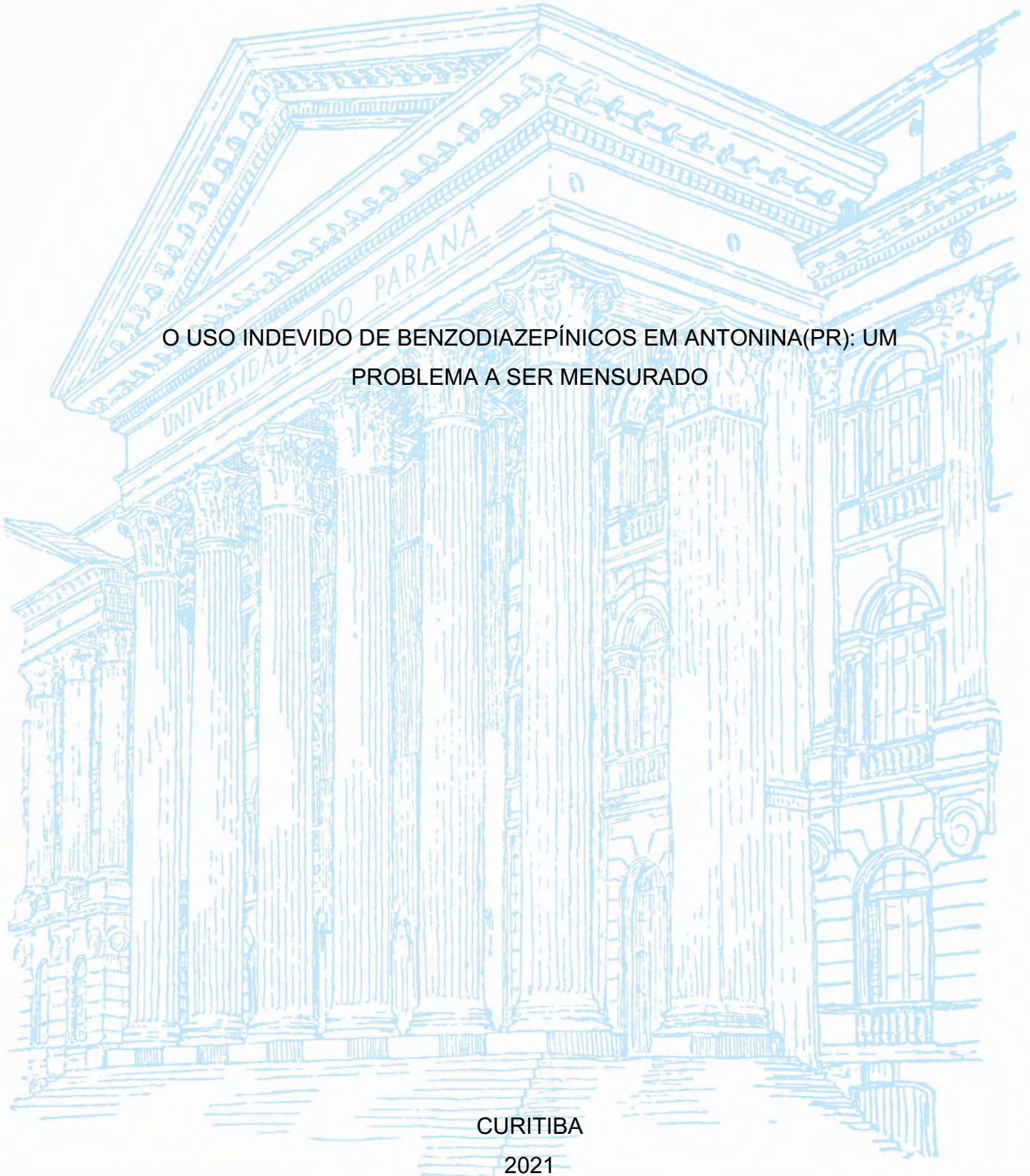
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GUSTAVO DE CAMPOS ROCHA

O USO INDEVIDO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM ANTONINA(PR): UM  
PROBLEMA A SER MENSURADO

CURITIBA

2021



GUSTAVO DE CAMPOS ROCHA

O USO INDEVIDO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM ANTONINA (PR): UM  
PROBLEMA A SER MENSURADO

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador(a): Prof(a). MsC. Emanuela C. dos Santos

CURITIBA

2021



## RESUMO

O presente trabalho tem por finalidade mensurar, compreender e intervir no problema do uso crônico e inadequado de ansiolíticos benzodiazepínicos no município de Antonina PR. O objetivo desta intervenção é a de realizar a identificação e o número de pacientes que fazem uso crônico e inadequado dos benzodiazepínicos, bem como orientar os pacientes e profissionais da ESF (Estratégia Saúde da Família) sobre os riscos em potencial envolvidos no uso dos medicamentos ansiolíticos controlados. Diante disso, o presente plano de intervenção, faz uma revisão de literatura sobre os benzodiazepínicos para atualizar os conhecimentos dos demais profissionais da atenção primária. Faz a prospecção qualitativa através de busca ativa pelos agentes comunitários, munidos de um questionário simples a ser aplicado durante as visitas domiciliares separando assim os pacientes que fazem uso crônico e inadequado de ansiolíticos. Uma vez identificados os pacientes, o projeto propõe o encaminhamento dos mesmos para uma reavaliação médica com o escopo de suspender o uso crônico, encaminhar ao tratamento adequado, estabelecer o correto diagnóstico e ainda sensibilizar profissionais e pacientes para os riscos da dependência de tais fármacos. Como consequência adicional do plano espera-se municiar a secretaria de saúde com dados mais fidedignos sobre o problema da dependência. Como resultado, ainda que parcial, foi possível reunir parte dos agentes comunitários e profissionais da enfermagem através de teleconferência onde foram discutidos o problema abordado e o plano de intervenção. Os profissionais que participaram dos encontros, reconhecem que existe um abuso no uso dos benzodiazepínicos no sentido de que as receitas são simplesmente renovadas como se fossem medicações para doenças crônicas degenerativas como diabetes ou hipertensão, onde existe o uso contínuo de medicamentos.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Uso Indevido de Medicamentos sob Prescrição. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Epidemiologia. Antonina-PR.

## **ABSTRACT**

This work aims to measure, understand and intervene in the problem of chronic and inappropriate use of benzodiazepine anxiolytics in the city of Antonina PR. The purpose of this intervention is to perform the identification and the number of patients who make chronic and inappropriate use of benzodiazepines, as well as to guide patients and professionals of the FHS (Family Health Strategy) about the potential risks involved in the use of anxiolytic medications. controlled. In view of this, the present intervention plan does a literature review on benzodiazepines to update the knowledge of other primary care professionals. It makes qualitative prospecting through an active search by community agents, equipped with a simple questionnaire to be applied during home visits, thus separating patients who make chronic and inappropriate use of anxiolytics. Once the patients are identified, the project proposes referrals to a medical reevaluation with the aim of suspending chronic use, referring to appropriate treatment, establishing the correct diagnosis and also raising awareness among professionals and patients about the risks of dependence on such drugs. As an additional consequence of the plan, it is expected to provide the health department with more reliable data on the problem of dependency. As a result, although partial, it was possible to bring together part of the community agents and nursing professionals through teleconference where the problem addressed, and the intervention plan were discussed. The professionals who participated in the meetings, recognize that there is an abuse in the use of benzodiazepines in the sense that the prescriptions are simply renewed as if they were medications for chronic degenerative diseases such as diabetes or hypertension, where there is the continuous use of medications

**Keywords:** Family Health Strategy. Prescription Drug Misuse. Anti-Anxiety Agents. Mental Health. Primary Health Care. Epidemiology. Antonina-PR.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
2	<b>PROBLEMA</b> .....	9
3	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	10
4	<b>OBJETIVOS</b> .....	11
4.1	OBJETIVO GERAL.....	11
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
5	<b>METODOLOGIA</b> .....	12
5.1	FASE 1.....	12
5.2	FASE 2.....	12
5.3	FASE 3.....	13
5.4	FASE 4.....	13
6	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	15
6.1	CONCEITO DE BENZODIAZEPÍNICOS.....	15
6.2	FARMACOLOGIA.....	16
6.3	BENZODIAZEPÍNICOS: EFEITOS COLATERAIS.....	16
6.4	BENZODIAZEPÍNICOS: ABUSO, TOLERÂNCIA E DEPENDÊNCIA.....	17
6.5	SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA.....	18
6.6	INDICAÇÕES DOS BENZODIAZEPÍNICOS.....	20
7	<b>IMPLEMENTAÇÃO</b> .....	21
8	<b>RESULTADOS</b> .....	23
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	26
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	28
	<b>ANEXO 1-QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SOBRE USO CRÔNICO E/OU ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS</b> .....	30

## 1 INTRODUÇÃO

Antonina é um município localizado no litoral paranaense às margens da Baía homônima e possui local de destaque na história do Estado do Paraná. Distante 88Km de Curitiba e 50Km de Paranaguá, possui 876,551 km<sup>2</sup> de área e apresenta um clima predominantemente quente e úmido. A economia da cidade é baseada principalmente no comércio varejista, na exploração do turismo e na atividade portuária.

Segundo os dados contidos no site do IBGE (2010), o município apresenta 18.891 habitantes, sendo que as mulheres representam 50,6% desse montante. Em termos de faixa etária, temos 6541 crianças e adolescentes, 9685 adultos e 2665 idosos. A população é predominantemente urbana (85%). A taxa de mortalidade infantil é de 8,2 (2017), a mortalidade geral da população é de 7,39 e as 5 principais causas de mortalidade da população são: doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças respiratórias, as causas externas e as doenças endócrinas e metabólicas, respectivamente, em ordem decrescente<sup>1</sup>.

A cidade possui 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), uma Academia da Saúde onde reúnem-se os grupos de apoio e os grupos de atividade física e um Hospital de pequeno porte, com maternidade e sem leitos de UTI.

Na Unidade de saúde Central a ênfase é na resolução dos problemas conforme a demanda. Neste local atendem dois clínicos, dois pediatras e dois ginecologistas.

Os pacientes atendidos pelos clínicos são organizados em dois turnos, com 24 pacientes atendidos no total. Sendo que 3 turnos da semana são separados para puericultura, pré-natal e visita domiciliar.

No dia a dia da referida unidade as principais demandas são as doenças crônicas não contagiosas como hipertensão, diabetes, artropatias degenerativas e renovações de receitas, comuns e controladas. Estas demandas, em particular, podem ser explicadas pela característica do paciente atendido na UBS:

---

<sup>1</sup> IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico da Cidade de Antonina (PR). 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/antonina/panorama>. Acesso em: janeiro, 2021.

normalmente, adultos e idosos, com predominância do sexo feminino. No caso das consultas domiciliares, as solicitações são bastante parecidas: existe um predomínio de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

## 2 PROBLEMA

Durante os atendimentos diários em consultório ou nas visitas domiciliares, os pacientes, além das queixas normalmente solicitam a renovação de receitas de medicações de uso contínuo, como anti-hipertensivos, diuréticos, hipoglicemiantes, entre outros, eis que juntamente com as medicações para doenças crônico-degenerativas, os pacientes solicitavam, também, a renovação da receita do remédio “de dormir” do “calmante para os nervos” ou do “comprimido para insônia”.

O que chamou a atenção foi a frequência incomum, dentre os que solicitam a renovação da receita, de pacientes que utilizam drogas como Clonazepam, Diazepam e Zolpidem por muitos anos para suposto tratamento de Insônia e de Ansiedade. Em geral o perfil do paciente é de idosos, normalmente do sexo feminino, que relatam serem “ansiosos” e terem “dificuldade para dormir”. Não se sabe exatamente quantos pacientes estão em uso crônico de benzodiazepínicos, ou se foram realmente diagnosticados com alguma doença que justificasse o uso de tais remédios ou se realizam acompanhamento multidisciplinar.

### 3 JUSTIFICATIVA

Este plano de intervenção faz-se necessário em função da necessidade de mapear o problema do uso de BZD por períodos superiores a 12 semanas e sem acompanhamento médico adequado.

A busca pela renovação da receita também toma tempo precioso da equipe da UBS e de outros usuários. A receita acaba sendo renovada sem a correta reavaliação do paciente.

Os pacientes em uso crônico dessa classe de fármacos erroneamente acreditam que precisam da medicação para dormir ou para ficarem mais calmos, porém a maioria não foi devidamente encaminhada para uma avaliação junto ao CAPS, o que pode acarretar tratamento inadequado para a doença ou mesmo um diagnóstico incorreto.

Os efeitos indiretos causados pela falta de tratamento adequado para a ansiedade e para a insônia trazem prejuízos também no contexto familiar, uma vez que o paciente pode sofrer estigmas pela doença, pelo uso de remédios “tarja preta” – o que é considerado um tabu entre a população, sendo quase sinônimo de doença incapacitante.

O Sistema de Saúde também é prejudicado quando estes pacientes se intoxicam, propositalmente ou inadvertidamente, com ansiolíticos e também quando indivíduos sofrem quedas ou outros traumas físicos em decorrência da diminuição dos reflexos.

A introdução do tratamento adequado após a avaliação individual é de interesse da comunidade como um todo, uma vez que a qualidade de vida aumentará na medida em que diminuir o número de pacientes realmente necessitados de medicações ansiolíticas da classe abordada.

A vigência da Pandemia de COVID-19 é ainda um fator de extrema preocupação, pois o afastamento dos pacientes das UBS leva-os a buscar alternativas como a compra por meios não convencionais, as vezes com a conivência de funcionários de drogarias, junto aos familiares e amigos que cedem a medicação ao paciente, levando à automedicação e a todos os riscos em potencial do uso desassistido de BZD.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

A proposta para intervenção é a de realizar a identificação e o número de pacientes que fazem uso crônico e inadequado dos benzodiazepínicos, bem como orientar os pacientes e profissionais da ESF (Estratégia Saúde da Família) sobre os riscos em potencial envolvidos no uso dos medicamentos ansiolíticos controlados.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

A fim de viabilizar a execução do objetivo geral do trabalho, foram formulados os objetivos específicos, abaixo relacionados, que permitirão obter o sucesso da proposta de intervenção:

- a) Realizar a revisão de literatura sobre o assunto do uso abusivo dos Benzodiazepínicos, dos protocolos de retirada e de utilização dos mesmos;
- b) realizar a quantificação de pacientes atendidos pela equipe que fazem uso da medicação benzodiazepínica a mais de 12 semanas;
- c) programar junto a Secretaria de Saúde e a direção da UBS um encontro com os membros da equipe da ESF (Estratégia de Saúde da Família) e do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) com o objetivo de informar e orientar sobre o problema envolvendo os Benzodiazepínicos;
- d) programar junto ao CAPS e a direção da UBS um encontro com os pacientes e familiares, que assim o desejarem, com o objetivo de informar e orientar sobre o problema envolvendo os Benzodiazepínicos;
- e) propor a introdução de um protocolo padronizado de retirada de benzodiazepínicos a ser utilizado pelos médicos da ESF;
- f) realizar o levantamento bimestral, através do E-SUS, do número de receitas B1 repetidas, onde a diminuição é o resultado esperado.

## 5 METODOLOGIA

Por se tratar de uma pesquisa-ação, algumas fases precisam ser cumpridas já que as etapas visam a análise criteriosa da realidade do município, do problema encontrado, do planejamento do que vai ser feito para se tentar resolver o problema e ao mesmo tempo envolver todos os atores da ESF.

### 5.1 FASE 1

A primeira fase envolve 2 subfases:

1. A pesquisa bibliográfica para a formação de um arcabouço conceitual sólido através de bancos de dados conhecidos, via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), CONITE, PUBMED, ANVISA, Portal da saúde baseada em Evidência do MS. A busca ocorreu utilizando os descritores: “Benzodiazepínicos”, “uso abusivo” e “dependência química”.
2. A realização de palestras informativas destinadas aos profissionais da ESF, em especial aos não médicos. Consistiria em uma aula apresentada com meios audiovisuais e com material impresso onde seriam discutidos: o que são os benzodiazepínicos, o seu uso, os efeitos negativos, o que é uso crônico, como reconhecer pacientes que precisam ser encaminhados ao médico para reavaliação do uso dos ansiolíticos. Esta etapa é especialmente importante pois será imprescindível para a realização da segunda fase: a identificação dos pacientes em uso crônico.

### 5.2 FASE 2

O levantamento dos pacientes que se enquadram nos critérios de uso crônico (acima de 3 meses)<sup>2</sup>, de benzodiazepínicos seriam feitos de duas formas:

1. Busca ativa realizada pelos ACS através das visitas rotineiramente realizadas pelos mesmos ou consultas via telefone às famílias que levam as receitas até a UBS para serem renovadas, sem a presença do paciente. Em ambos os casos perguntando quem e a quanto tempo usa

medicamentos para ansiedade e para insônia. Uma vez identificados os que usam a mais de 12 semanas, caracterizando uso crônico, teriam consultas marcadas com o médico para a avaliação da indicação, a quantidade utilizada, quem primeiro prescreveu e a introdução de um protocolo de descontinuidade de uso ou o encaminhamento ao Psiquiatra do CAPS nos casos mais complexos.

2. Por busca direta ao médico na ocasião em que os pacientes viessem solicitando renovação das receitas de controlados (B1). Nesse caso, uma vez identificados como em uso crônico, seriam avaliados quanto à existência de tolerância e/ou dependência e colocados no protocolo de desmame da medicação específica, com redução gradual da dose, onde a chance de sucesso é 6 vezes maior <sup>2(A)</sup>.

### 5.3 FASE 3

A terceira fase seria conscientizar os pacientes e os seus familiares através de um modelo semelhante ao que foi feito junto aos profissionais da ESF: por meio de uma palestra ministrada por um médico da ESF e/ou um psiquiatra realizada em um local com apoio de meios audiovisuais, em acordo com a secretaria municipal de saúde, onde seriam discutidos temas como ansiedade, insônia e seus tratamentos, os perigos do uso prolongado de ansiolíticos, a importância do tratamento concomitante junto ao médico da UBS e/ou aos profissionais do CAPS. A motivação do paciente é parte importante do processo.

### 5.4 FASE 4

Para fins de acompanhamento e monitoramento futuro, algumas ações serão desenvolvidas junto aos médicos da ESF, caracterizando a quarta fase:

---

<sup>2</sup> PALHARES H. et al. **Abuso e Dependência de benzodiazepínicos**. Associação Brasileira de Psiquiatria/ Associação Brasileira de Neurologia. SP: São Carlos do Pinhal, 30 de Outubro de 2013. Disponível em: [https://diretrizes.amb.org.br/\\_DIRETRIZES/abuso\\_e\\_dependencia\\_de\\_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf). Acesso em: Janeiro, 2021, p.22.

1. Padronizar o registro correto no E-SUS dos pacientes em uso de BZD, com o CID da doença e se existe prescrição de repetição. Isso facilita as consultas futuras e a elaboração de relatórios.
2. Uma vez identificados os pacientes em uso crônico e/ou sem diagnóstico, e já reavaliados pelo clínico como sendo um caso complexo, encaminhar para avaliação de especialista no CAPS.
3. Avaliar e introduzir o paciente em uso crônico e que a indicação não esteja correta, em um protocolo de retirada da medicação, mesmo que não exista dependência. O método de maior sucesso e de primeira escolha é a retirada gradual<sup>3</sup>.

QUADRO 1- AÇÕES DE NIVELAMENTO E INFORMAÇÃO JUNTO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ACS E POPULAÇÃO

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo/ amostra	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Informar e nivelar	Palestra	30 minutos	Médico	Demais profissionais da ESF	14/12/2020	Teleconferência	Aplicativo de mensagens
Informar e apresentar o questionário tirar dúvidas.	Palestra/ roda de conversa	20 Minutos	Médico	Coordenador dos ACS	3/3/2021	Teleconferência	Aplicativo de mensagens.
Padronizar o acompanhamento das medidas de intervenção	Reunião	45 minutos	Médico	Demais médicos e enfermeiros	A ser definida	Apresentação em multimídia	Divulgação pelos respectivos coordenadores nas UBS

FONTE: O AUTOR

<sup>3</sup> CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos**: consulta rápida 3ª Ed. Porto Alegre, 2005, p.102-105.

## 6 REVISÃO DE LITERATURA

O uso incorreto e indiscriminado dos benzodiazepínicos é um fenômeno que não se restringe ao Brasil. Entre 1996 e 2013, nos EUA, o número de pacientes que eram usuários da classe de medicamentos em questão aumentou em 67%, saindo de 8,9 milhões para 14,7 milhões de pessoas. Em 2008, no Brasil, a prevalência de uso era de 5,6 a 21% da população geral, sendo mais frequente em mulheres. A taxa de dependência era de 0,5%<sup>4</sup>.

Ao se falar em Benzodiazepínicos é preciso pormenorizar o que vem a ser essa classe de medicamentos e o que se sabe sobre ela a partir de conceitos baseados em evidências científicas.

### 6.1 CONCEITO DE BENZODIAZEPÍNICOS

Os benzodiazepínicos foram desenvolvidos na década de 1960 como uma alternativa mais segura aos ansiolíticos barbitúricos. Os primeiros a serem sintetizados foram o clordiazepóxido e o Diazepam, este último tornou-se bastante popular sendo o fármaco mais prescrito nos Estado Unidos (EUA) entre 1960 e 1990. Com a continuidade das pesquisas surgiram outros membros da mesma classe como o alprazolam, clonazepam e lorazepam, que nos dias de hoje ainda continuam na lista das 100 substâncias mais prescritas no mundo.

São basicamente utilizados em função das suas propriedades sedativas, ansiolíticas, hipnóticas, amnésicas, antiepiléticas e de relaxamento muscular. Portanto, sendo usados para tratamento de diversas patologias psiquiátricas como ansiedade generalizada, fobia social, transtorno de pânico, transtornos do sono e são prescritos em conjunto com outras medicações para tratamento de transtornos de humor e transtornos psicóticos. Existem outros usos menos comuns, como para alguns casos de epilepsia, para desintoxicação por álcool e em alguns protocolos de intubação orotraqueal<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> AUSTIN, M. P; MITCHELL, P. B. (1998). Apud MENDES, K. C. C. **O Uso Prolongado de benzodiazepínicos** – Uma Revisão de Literatura. 2013, p. 13. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4077.pdf>. Acesso em: janeiro de 2021.

<sup>5</sup> BRETT, J.; MURNION, B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. **Australian Prescriber**, v. 38, n. 5, p. 152–5, 2015.

## 6.2 FARMACOLOGIA

A fusão entre o Benzeno (C<sub>6</sub>H<sub>6</sub>) com um anel diazepínico de 7 elementos, dá-se o nome de benzodiazepínico, e suas propriedades terapêuticas ocorrem através do aumento do efeito do neurotransmissor Ácido Gama-aminobutírico (GABA), principal responsável pela inibição do sistema nervoso central. Os benzodiazepínicos atuam por ação direta sobre os receptores GABA, diminuem as reações químicas provocadoras da ansiedade. Quando se ligam aos receptores GABA, aumentam o efeito da inibição gabaérgica no SNC, o que provoca efeitos sedativos, hipnóticos e ansiolíticos<sup>6</sup>.

A metabolização dos BZD se dá por via hepática, em grande parte pelas enzimas CYP2C19 e CYP3A4. Assim sendo, devem ser utilizados com cautela em pacientes que possuam alguma deficiência de funcionamento nesse órgão.

## 6.3 BENZODIAZEPÍNICOS: EFEITOS COLATERAIS

Como qualquer medicamento psicotrópico, a classe dos Benzodiazepínicos também possui efeitos colaterais que precisam ser levados em consideração na tomada de decisão da prescrição de tais fármacos.

Além disso, existe a necessidade da correta orientação do paciente que fará uso do medicamento, os cuidados que precisa ter, respeitar estritamente o que está prescrito, não medicar outra pessoa com o fármaco de uso próprio.

QUADRO 2- EFEITOS COLATERAIS DOS BENZODIAZEPÍNICOS

EFEITOS MAIS COMUNS
Sonolência
Diminuição da coordenação motora fina
Tontura
Amnésia anterógrada
Zumbidos
Perda de equilíbrio

<sup>6</sup> SORDI, A. O.; RODRIGUES, V.; KESSLER, F. Benzodiazepínicos, hipnóticos e ansiolíticos. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. 2ªed.Porto Alegre: Artmed, 2019, v. 1, p. 160.

Agressividade e desinibição
Embotamento afetivo.

FONTE: Adaptada de SORDI (2019)

A ocorrência de tais efeitos colaterais é relatada principalmente no início do tratamento e muitas vezes os pacientes não são informados sobre os mesmos. O que pode levar a problemas de crescente complexidade, desde o simples mal estar até acidentes graves com risco de morte como no caso de operadores de máquinas pesadas, motoristas ou outra atividade que exija 100% de atenção de quem está executando a tarefa.

Outro efeito colateral não muito citado, mas que também ocorre, é o chamado efeito paradoxal que se manifesta através de agitação, desinibição e, em alguns casos, agressividade. Tal efeito colateral ocorre em cerca de 1% apenas da população que faz uso de BZD. São mais prevalentes em pacientes com graus elevados de ansiedade, transtornos de personalidade e pacientes que fazem uso concomitante de álcool<sup>7</sup>.

#### 6.4 BENZODIAZEPÍNICOS: ABUSO, TOLERÂNCIA E DEPENDÊNCIA

Define-se por abuso de benzodiazepínicos quando o uso dos mesmos extrapola o tempo ou a indicação terapêutica da medicação. Ele pode se apresentar de duas maneiras:

1. Deliberado: quando um paciente começa o uso da medicação para fins recreativos sem prescrição médica, associado com outras substâncias para fins euforizantes ou para amenizar efeitos da abstinência por outras drogas.
2. Abuso por pessoas que, no início, tinham indicação terapêutica, mas acabam exacerbando o seu uso por períodos prolongados<sup>8</sup>.

Nos dois casos acima existe o risco do desenvolvimento da dependência, esta por sua vez, possui diversos modelos teóricos para explicá-la. Usaremos o Modelo de saúde pública:

---

<sup>7</sup> Ibidem p. 164

<sup>8</sup> Ibidem. p.165

O modelo de saúde pública correlaciona a interação entre sujeito, ambiente e substância psicoativa para explicar a dependência. Para isso, fatores como controle (disponibilidade, promoção, etc.) e aprendizado social (justiça e inclusão social), bem como os estados biológico (hereditariedade genética, tolerância, sensibilidade cerebral, etc.), psicológico (resiliência, disposições psíquicas, etc.) e espiritual do indivíduo, são levados em conta para compreender a suscetibilidade ao uso e o processo de evolução do consumo. Tais aspectos organizam-se em um sistema inter-relacionado de fatores de proteção e risco que influencia o modo de consumo individual, de forma a aumentar ou diminuir a probabilidade do uso indevido<sup>9</sup>.

O modelo escolhido traz como consequência imediata a noção de que as causas da dependência são muitas e se relacionam de tal modo que é preciso tratá-las amiúde, o que não têm se mostrado fácil na prática médica. Em outras palavras, não há fórmula simples que trate a dependência, seja ela de benzodiazepínicos ou de outras substâncias psicoativas.

Atualmente as principais obras de referências que versam sobre o transtorno de uso de substâncias (TUS), o Manual de Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5) e a Classificação Internacional de Doenças CID-10, apontam quatro grupos de critérios diagnósticos, bastando apenas dois para configurar dependência.

Os critérios são: Controle próprio sobre o uso da substância, o prejuízo social, o uso arriscado, mesmo sem dano e o critério farmacológico, que corresponde a tolerância e a Abstinência.

Segundo o Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira<sup>10</sup>, a síndrome de dependência de BZD passa pelos seguintes critérios diagnósticos definidos pela Classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição (CID-10): desejo muito forte de usar a substância; dificuldade para controlar o uso em termos de início, término e quantidade de substância; ingesta de alívio para evitar a Síndrome de Abstinência; tolerância (importantes interesses são deixados de lado em favor do consumo, obtenção ou recuperação dos efeitos da droga); persistência do consumo, apesar da consciência de problemas relacionados à droga.

## 6.5 SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

A Síndrome de abstinência ocorre cerca de 24 a 72 horas após a retirada do

---

<sup>9</sup> Ibidem, p. 31.

<sup>10</sup> PALHARES H. et al., Op. Cit., p. 16-19. 2013

fármaco, a depender da meia-vida da medicação utilizada. Pode durar de uma a duas semanas.

Os sintomas frequentes dessa síndrome são: insônia, irritabilidade, ansiedade, fotossensibilidade, desejo de consumir a droga e, em casos mais graves, sintomas de despersonalização, desrealização e crises convulsivas podem sobrevir (vide quadro 3).

Normalmente o tratamento se dá ambulatoriamente com a retirada gradual do BZD, que pode incluir a substituição por outro fármaco de mesma classe, porém com meia-vida longa, preferencialmente o Diazepam ou Clonazepam gotas, o que facilita a redução da dose. A retirada deve ser de 50% já nas primeiras 2 semanas de tratamento<sup>11-12</sup>

QUADRO 3- SINAIS E SINTOMAS DE SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS

SINTOMAS GENÉRICOS	Cefaleia, Palpitações Sudorese
SINTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS	Tremores Dores musculares Rigidez (Membros, dorso, pescoço e mandíbula)
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS	Náusea Anorexia Diarreia Gosto metálico
SINTOMAS NEUROLÓGICOS	Tontura Perturbações visuais Zumbido Desmaios Confusão mental e desorientação espacial Delirium Paranoia Alucinações (audiovisuais)
SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS	Insônia de rebote e pesadelos Ansiedade e ataques de pânico Irritabilidade e agitação Diminuição da memória e concentração Distorções perceptivas e sensoriais Distorções da imagem corporal Sentimentos de irrealidade, despersonalização e desrealização Depressão e disforia.

FONTE: Adaptado de BRET; MURNION (2015)

<sup>11</sup> PALHARES, H. et al. Op. Cit.

<sup>12</sup> BOSSO, R. A.; SANTOS, J. P. O. (Org.). **O tratamento de dependência química: Um guia de boas práticas**. 1ªed. Curitiba: Appris, 2020, p. 39.

## 6.6 INDICAÇÕES DOS BENZODIAZEPÍNICOS

Os Benzodiazepínicos embora tenham seus efeitos colaterais e algum risco para os usuários, são reconhecidos como medicamentos que possuem eficácia em alguns casos específicos a serem definidos pelo correto diagnóstico e acompanhamento.

Segundo o Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira<sup>12,13</sup> embora discutíveis os seus usos para insônia, ansiedade ou alívio sintomático de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) ou neoplasias, é visto algum benefício a curto prazo como coadjuvante durante a introdução de medicação ansiolítica e antidepressiva. Mas este uso concentra-se no primeiro mês e depois é feita a retirada gradual.

Uma vez prescrito o Benzodiazepínico, deve-se acompanhar o paciente com frequência, avaliando os sintomas, e se a indicação foi precisa. No caso da insônia, só deve-se utilizar por poucos dias, alternados ou não, e por até 14 dias. A insônia e seus sintomas principalmente diurnos como o cansaço pela falta de sono reparador, são agravados com o uso crônico dos BZD. Assim sendo, seu uso para a insônia crônica é contraindicado.

Já no caso de transtornos de ansiedade a monoterapia com BZD é contraindicada, o tratamento deve incluir Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) bem como o uso de medicação antidepressiva. O BZD tem seu uso reservado para o alívio de sintomas antes da atuação do fármaco principal (antidepressivos)<sup>13</sup>.

O seu uso em procedimentos médicos onde se utiliza uma dose única ou de curtíssimo prazo, permanece como sendo seguro, pois é preconizado em protocolos de vários hospitais e serviços de atendimento de emergência.

---

<sup>13</sup> PALHARES, H. et al. Op. Cit.

<sup>14</sup> Ibidem, p.13

## 7 IMPLEMENTAÇÃO

O problema do aparente uso abusivo dos BZD em Antonina já vem de longa data segundo o relato dos colegas mais experientes da UBS. A prescrição repetida, por meses e até anos, é uma tendência no Brasil e no mundo<sup>14</sup>.

A proposta de intervenção em Antonina é a de dimensionar o problema para depois racionalizar o uso dos BZD, conforme o correto diagnóstico. E nos casos dos pacientes em uso crônico, avaliar e instituir a conduta correta para cada caso.

Como foi dito em etapas anteriores é preciso informar para mudar, para quebrar paradigmas. Dessa forma, seguindo o cronograma do Quadro 1, o primeiro contado deveria ser com os profissionais da UBS. Porém, por conta do COVID, o atendimento no CAPS e as reuniões dos grupos de ajuda foram suspensos, atendimentos com nutricionistas e dentistas também e os ACS foram deslocados para as barreiras sanitárias e postos de atendimento ao COVID-19. Vale ressaltar que tal medida mostrou-se ir a contramão da realidade, pois a procura por ajuda especializada para questões relacionadas à ansiedade, depressão, uso de drogas e de álcool aumentou consideravelmente durante a Pandemia, o uso de antidepressivos aumentou em 15,79%. Desses, 7,2% alegaram que iniciaram a ingestão durante a pandemia. O uso de ansiolíticos foi o que apresentou maior índice (22,66%)<sup>16</sup>.

Como adaptação aos problemas causados pela pandemia e obstáculos de comunicação entre os profissionais que estavam trabalhando longe da unidade, a saída foi a utilização de recursos de comunicação remota (Aplicativos de mensagens, tele chamadas), chamadas por vídeo não tiveram êxito em função da cobertura de rede de telefonia ser instável e, em alguns casos, até ausente. A primeira atividade prevista com os profissionais da UBS, explicando, em até 30 minutos, sobre o objetivo do trabalho e os riscos do uso crônico de benzodiazepínicos. Na sequência, seriam abordados quais os problemas

---

<sup>15</sup> ALVARENGA, J.M., LOYOLA FILHO, A., FIRMO, J.O.; LIMA COSTA, M.F., UCHOA, E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambui Health and Aging Study (BHAS). **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2008;30, p.7-11.

<sup>16</sup> <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasileiros-buscaram-suporte-profissional-durante-a-pandemia>

encontrados no município, através da observação diária, tais quais a repetição de receitas B1 por anos a fio, sem nova avaliação médica ou terapia cognitiva comportamental associada, e pedidos de receitas por terceiros que não o paciente.

Quanto ao questionário que será utilizado pela equipe para a coleta de dados e encaminhamento à consulta com o clínico geral, ficou acertado que seriam encaminhados os pacientes que:

- Fazem uso há mais de 6 semanas de benzodiazepínicos;
- Não fazem nenhum tipo de acompanhamento junto ao CAPS;
- Sentem-se mal quando ficam sem utilizar o medicamento;
- Não sabem o porquê de estarem utilizando as medicações controladas;

Se houver concomitância de mais de um dos casos acima, a conduta seria a mesma, encaminhamento ao clínico geral.

É possível que novos problemas surjam com o desenrolar do projeto, visto que tratar de pacientes que usam esse tipo de medicação significa trabalhar com as mais variadas demandas, inclusive de saúde mental, planejamento familiar, relacionamento interpessoal familiar e no local de trabalho, entre outras.

## 8 RESULTADOS

Mesmo com todas as limitações, a primeira etapa preconizada aconteceu, houve o contato, via teleconferência, com 3 peças-chaves, a Enfermeira chefe, o técnico de enfermagem mais experiente e o coordenador dos Agentes Comunitários.

QUADRO 4- PRIMEIRA ETAPA

<b>Data/horário/local</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Duração/participantes</b>	<b>Recursos educacionais</b>
14/12/2020 Ambiente virtual	Nivelar conhecimento	Teleconferência	30 minutos Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem da equipe.	Aula online, Questionário
3/3/2021	Tirar dúvidas	Teleconferência	20 minutos Coordenador dos ACS	Esclarecimento de dúvidas.

FONTE: O autor (2021)

Logo em seguida os participantes demonstraram que também já haviam verificado esse comportamento entre os pacientes, mas que não sabiam que não era aconselhado o uso crônico desta classe de medicamentos. Foi explicado sobre a falta de dados fidedignos nas unidades de saúde e sobre a necessidade de se prospectar este tipo de informação em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Para auxiliar na coleta destes dados, foi sugerida a elaboração de um questionário (anexo 1) simples que seria aplicado pelos ACS em suas visitas, e indicando os que se encontram na situação de uso crônico para uma reavaliação com os médicos da Unidade. O combinado seria o envio desse questionário via e-mail aos ACS.

Infelizmente o contato direto com os ACS não foi possível em função dos mesmos estarem afastados da UBS por estarem trabalhando junto aos postos de atenção ao COVID e não realizando as visitas domiciliares. Entretanto, o questionário supracitado foi enviado aos ACS e foram impressos na Unidade de Saúde Central, e deixados à disposição para que assim que as visitas retornem, o processo de coleta de dados seja iniciado.

Antes do encerramento, foi perguntado sobre o que tinham achado da iniciativa do trabalho e o *feedback* obtido foi muito positivo, pois não envolve grandes mudanças na rotina da UBS e deve trazer benefício aos pacientes.

Foi possível observar que os outros profissionais reconhecem que existe um abuso no uso dos benzodiazepínicos no sentido de que as receitas são simplesmente renovadas como se fossem medicações para doenças crônicas degenerativas como diabetes ou hipertensão, onde existe o uso contínuo de medicamentos.

As demais fases de implementação, que seriam o contato com os pacientes e familiares dos pacientes, envolvendo o CAPS, demais profissionais de saúde afastados, encontram-se ainda prejudicadas pela própria pandemia do COVID e também pela falta de cobertura de celular em algumas partes da cidade, impossibilitando o contato via teleconferência. Além disso, alguns profissionais foram afastados por motivo de se encontrarem em grupo de risco para o COVID.

Entretanto, a intervenção já está em andamento, uma vez que os formulários já existem, foram enviados ao ACS para que pudessem ter contato antes de aplicar e tirar possíveis dúvidas. Posteriormente serão preenchidos pelos mesmos ACS, Enfermeiros e pelo médico quando for realizar a visita domiciliar semanal. Em determinado momento, teremos o quantitativo do problema abordado no município e assim seguir-se-á o planejamento das ações de mitigação do problema.

Em uma segunda teleconferência com o coordenador dos ACS, algumas dúvidas foram levantadas no que concerne sobre o que fazer com o questionário já preenchido, foi solicitado que fosse centralizado junto ao coordenador para ser entregue ao médico no momento da consulta do paciente.

A quantidade de pacientes em situação de risco é que irá ditar a dimensão do problema, mas ao mesmo tempo irá facilitar a tarefa da secretaria de saúde para alocar recursos e profissionais de forma coerente.

É possível que novos problemas surjam com o desenrolar do projeto, visto que tratar de pacientes que usam esse tipo de medicação significa trabalhar com as mais variadas demandas, inclusive de saúde mental, planejamento familiar, relacionamento interpessoal familiar e no local de trabalho, entre outras.

Uma vez que ainda não se concretizou o dimensionamento, a identificação e o consequente acolhimento dos pacientes, ainda, não se pode falar em diminuição nas prescrições ou mesmo na elaboração de um protocolo municipal para

tratamento, até porque dada a peculiaridade de cada caso, implica em uma conduta diferente a ser aplicada.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Somente a médio prazo é que poderemos ver atingidos os objetivos do plano de intervenção, pois saberemos se o município segue as mesmas tendências de outros municípios do Brasil sobre o perfil do usuário de BZD, onde a predominância é de mulheres acima dos 20 anos com queixas de ansiedade e depressão e pacientes idosos que não conseguem dormir.

O perfil do tipo de comunidade também influencia, uma vez que Antonina possui poucas opções de lazer e escassas oportunidades profissionais. Tudo isso corrobora para que existam gatilhos para doenças como ansiedade e depressão. O problema fica maior ainda quando existe a associação deste tipo de medicamento com o alcoolismo.

Outro problema que acaba por aflorar é a não efetividade das ações desenvolvidas pelas equipes ESF em saúde mental e a não absorção desses pacientes pelo CAPS, ou por falta de vagas ou porque o paciente não foi referenciado ao mesmo.

Todos têm a sua parcela de culpa. Aos médicos falta realizar o diagnóstico correto, falta informação aprofundada sobre as medicações escolhidas ou que se está repetindo a receita, falta conhecimento sobre a importância das opções terapêuticas como a TCC, a noção sobre o acompanhamento amigável de cada caso e por último falta a documentação pormenorizada no prontuário como se aprende na academia.

Os pacientes costumam utilizar medicações de amigos, parentes, vizinhos ou até de balconistas da farmácia, vão ao consultório já querendo um remédio milagroso que resolva todos os seus problemas, mesmo com o médico insistindo que a medicação, quando indicada, é apenas parte do tratamento.

Isso reflete um problema comum aos profissionais de saúde: a falta de informação sobre o assunto doença, remédio, tratamento. O manejo correto também é importante, embora a demanda maior nas UBS de Antonina seja referente a outras queixas, como o controle da hipertensão, diabetes, dores osteomusculares. É preciso sim saber diagnosticar e orientar o paciente cujas queixas relacionam-se à saúde mental.

Da parte do município, avaliando as competências do nosso CAPS percebi que a demanda tende a ser maior do que a capacidade instalada, até porque recebe

pacientes de municípios vizinhos. Existe a necessidade de se ampliar a capacidade de acolhimento dos pacientes e do alcance dos grupos de terapia. A boa intenção existe por parte dos gestores, mas faltam recursos.

Espero que esse projeto de intervenção crie raízes e que seja utilizado de alguma forma, seja como exemplo, seja como motivador para que outros trabalhos semelhantes surjam para lidar com questões delicadas como a que foi abordada e fornecer informações mais fidedignas sobre a saúde do município.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, J.M., LOYOLA FILHO, A., FIRMO, J.O.; LIMA COSTA, M.F., UCHOA, E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambui Health and Aging Study (BHAS). **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2008;30, p.7-11.

AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. **Increasing Benzodiazepine prescriptions and overdose mortality in the United States, 1992-2013**, 686-689 April 2016, Vol. 106 No 4, 2016.

BRETT, J.; MURNION, B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. **Australian Prescriber**, v. 38, n. 5, p. 152–5, 2015.

CARLINI, E.A., et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. In: **Informação C-CBd, sobre Drogas Psicotrópicas**: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos**: consulta rápida 3ª Ed. Porto Alegre, 2005, p.102-105.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico da Cidade de Antonina (PR)**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/antonina/panorama> Acesso em: janeiro, 2021.

MANUAL DE CONDUTAS MÉDICAS. (2003). Apud MENDES, K. C. C. **O Uso Prolongado de benzodiazepínicos** – Uma Revisão de Literatura. 2013, p. 13. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4077.pdf>. Acesso em: janeiro de 2021.

PALHARES H. et al. **Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos**. Associação Brasileira de Psiquiatria/ Associação Brasileira de Neurologia. SP: São Carlos do Pinhal, 30 de Outubro de 2013. Disponível em: [https://diretrizes.amb.org.br/\\_DIRETRIZES/abuso\\_e\\_dependencia\\_de\\_benzodiazepnicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepnicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf). Acesso em: Janeiro, 2021.

PARR J.M.; KAVANAGH D.J.; CAHILL L.; MITCHELL G., McD Y. R. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. **Addiction**, 2009,104:13-24.

SORDI, A. O.; RODRIGUES, V.; KESSLER, F. Benzodiazepínicos, hipnóticos e ansiolíticos. In: Alessandra Diehl, Daniel Cruz Cordeiro, Ronaldo Laranjeira e Cols. (Org.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, v. 1, p. 160 -165.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasileiros-buscaram-suporte-profissional-durante-a-pandemia>. Acesso em: Fevereiro 2021.

## ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SOBRE USO CRÔNICO E/OU ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_.  
 DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_. GÊNERO: \_\_\_\_\_.  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_. PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_. MORA SOZINHA(O) Sim ( ) Não( )

### MEDICAÇÕES EM USO:

( ) CLONAZEPAM (RIVOTRIL) GOTAS sim ( ) não ( ) Qtde ( ) gotas

Motivo do uso: \_\_\_\_\_

Utiliza a mais de 6 semanas: sim ( ) não ( )

( ) CLONAZEPAM \_\_\_\_\_ mg ( ) Qtde ( ) comprimidos

Motivo do uso: \_\_\_\_\_ Utiliza a mais de 6 semanas: sim ( ) não ( )

( ) DIAZEPAM \_\_\_\_\_ mg ( ) Qtde ( ) comprimidos

Motivo do uso: \_\_\_\_\_ Utiliza a mais de 6 semanas: sim ( ) não ( )

( ) ALPRAZOLAM \_\_\_\_\_ mg ( ) Qtde ( ) comprimidos

Motivo do uso: \_\_\_\_\_ Utiliza a mais de 6 semanas: sim ( ) não ( )

Utiliza algum outro remédio para ansiedade, insônia ou depressão? Sim ( ) Não ( )

Se sim, qual o nome, mg. e quantos comprimidos por dia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Faz acompanhamento com psicólogo e/ou psiquiatra no CAPS? Sim ( ) Não( )

Qual a frequência das consultas? \_\_\_\_\_.

Já tentou parar de utilizar algumas das medicações acima? Sim ( ) Não( )

Sente-se mal ao ficar por algum tempo sem o(s) remédio(s)? Sim ( ) Não( )

Por quanto tempo o médico indicou o uso da(s) medicação(ões)? \_\_\_\_\_

Por que foi prescrita essa(s) medicação(ões) para você?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Algum médico explicou sobre os efeitos dessa medicação para você? Sim ( ) Não( )

ÁREA: \_\_\_\_\_.

Entrevistador: \_\_\_\_\_.

**ORIENTAÇÕES AO ENTREVISTADOR:**

- (1) Nos seguintes casos você deve encaminhar o paciente para consulta com o clínico geral na UBS respectiva da área:
- Fazem uso há mais de 6 semanas de benzodiazepínicos;
  - Não fazem nenhum tipo de acompanhamento junto ao CAPS;
  - Sentem-se mal quando ficam sem utilizar o medicamento;
  - Não sabem o porquê de estarem utilizando as medicações controladas;
- (2) Peça sempre para ver a receita ou a medicação para saber exatamente qual é.
- (3) Este formulário deve ser entregue na UBS central aos cuidados da Enfermeira Nárgela ou do Dr. Gustavo Rocha.
- (4) Obrigado por colaborar com esse importante trabalho para a Saúde de nossa Antonina!

**ESPAÇO PARA OBSERVAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIAS**