

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ROGÉRIO VALE ESTANISLAU

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
REVISÃO DA LITERATURA E PROPOSTA DE ENFRENTAMENTO**

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2015

ROGÉRIO VALE ESTANISLAU

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
REVISÃO DA LITERATURA E PROPOSTA DE ENFRENTAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Thaís Porlan de Oliveira

Pólo Governador Valadares/ Minas Gerais
2015

ROGÉRIO VALE ESTANISLAU

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
REVISÃO DA LITERATURA E PROPOSTA DE ENFRENTAMENTO**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Thaís Porlan de Oliveira

Examinador 2: Prof. Patrícia da C. Parreiras – CPqRR/FIOCRUZ

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015.

RESUMO

Dentre os problemas encontrados no atendimento de pacientes da área adscrita da Unidade Básica de Saúde (UBS Centro), na cidade de Governador Valadares, destacou-se o uso indiscriminado de benzodiazepínicos. Esses medicamentos são utilizados principalmente para o tratamento da insônia primária e de transtornos de ansiedade, sendo os mais prescritos o clonazepam e o diazepam. Recomenda-se que sejam mantidos por até dois meses uma vez que o uso crônico pode gerar diversas complicações. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para redução da prevalência do uso crônico de benzodiazepínicos na UBS Centro do município de Governador Valadares com enfoque no desmame precoce e no evitamento do início desses medicamentos em situações em que não forem apropriados. Foi realizada revisão da literatura sobre o assunto através das bases de dados Medline, Pubmed e Scielo. O projeto de intervenção foi elaborado a partir dos princípios de Planejamento Estratégico-Situacional com determinação dos problemas prioritários e dos nós críticos através do diagnóstico situacional. O projeto foi estruturado em quatro operações: “Capacitação” (emprego de poster e palestras para educação de médicos sobre o manejo de benzodiazepínicos); “Paciente + Consciente” (Folhetos, palestras e ação na rádio para educar pacientes sobre benzodiazepínicos); “Tá difícil dormir?” (Folhetos, palestras e ação na rádio para educar pacientes sobre hábitos de vida relacionados ao sono) e “Uso sob controle” (Coleta de dados permanente e elaboração de caderno de controle dos usuários crônicos de benzodiazepínicos). Espera-se que o projeto, que foi considerado viável, facilite a abordagem dos transtornos do sono e da ansiedade e reduza o número de usuários crônicos de benzodiazepínicos.

Palavras-chave: Benzodiazepinas, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Among the problems found in patient care in the enrolled area of Unidade Básica de Saúde Centro (UBS Centro) in the city of Governador Valadares, the benzodiazepine indiscriminate usage has detached. These drugs are used more commonly in the treatment of primary insomnia and anxiety disorders and the mostly prescribed ones are clonazepam and diazepam. It is recommended their use to be restricted to 2 months as the chronic use can lead to several complications. The objective of this work was to elaborate an intervention project towards the prevalence reduction of the chronic benzodiazepine usage in UBS Centro of Governador Valadares city by the early tapering and the avoidance of the initial prescription in the situations these drugs are not appropriate. A literature review through Medline, Pubmed and Scielo databases was held and an intervention project was elaborated from the Strategic-situational Planning principles with the determination of the most important problems and the critical nodes from the situational diagnosis. The project was organized in 4 operations: "Capacitation" (use of a poster and lectures for the education of physicians about the benzodiazepine management), "+ Conscious patient" (flyers, lectures and radio program to teach patients about benzodiazepines), "Is it difficult to sleep?" (flyers, lectures and radio program to teach patients about habits related to sleep), "Under control usage" (permanent data collection and creation of a chronic benzodiazepine users control notebook). It is expected that the project, which was considered viable, help the insomnia and the anxiety disorders approach as well as diminish the number of chronic benzodiazepine users.

Keywords: Benzodiazepines, Primary care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	7
1.2 HISTÓRICO	7
1.3 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO	8
1.3.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS	8
1.3.2 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS	8
1.3.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 1	8
1.3.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 2	9
1.3.5 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE	9
1.3.6 TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGENCIA	10
1.4 RECURSOS DA COMUNIDADE	11
1.5 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	11
1.5.1 RECURSOS HUMANOS	11
1.5.2 RECURSOS MATERIAIS	12
2. JUSTIFICATIVA	13
3. OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GERAL	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4. METODOLOGIA	16
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
5.1 BENZODIAZEPÍNICOS	18
5.1.1 HISTÓRIA DOS BENZODIAZEPÍNICOS	18
5.1.2 TIPOS DE BENZODIAZEPÍNICOS	19
5.1.3 INDICAÇÕES	19
5.1.4 EFEITOS ADVERSOS	20
5.1.5 RECOMENDAÇÕES QUANTO AO USO	21
5.2 DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS	21
5.2.1 CONCEITOS	21
5.2.2 DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS	22
5.2.3 EPIDEMIOLOGIA	23
5.2.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	23
5.2.5 TRATAMENTO	24
5.2.5.1 INTERRUPTÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS	24
5.2.5.2 TRATAMENTO DA CONDIÇÃO DE BASE	26
5.2.6 PROGNÓSTICO	28
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A	40
APÊNDICE B	41
APÊNDICE C	42
APÊNDICE D	43

1. INTRODUÇÃO

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Governador Valadares localiza-se na região Leste do Estado de Minas Gerais, cerca de 324 km de Belo Horizonte e a 960 km de Brasília. Possui população estimada pelo IBGE para 2014 de 276.995 habitantes (Em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Governador_Valadares. Acesso em: 23 jun 2014).

1.2 HISTÓRICO

O desbravamento da região onde o município se localiza remonta ao ano de 1537, quando Sebastião Fernandes Tourinho subiu pelo rio Doce a partir do litoral e alcançou a foz do Suassuí Grande a fim de descobrir ouro e pedras preciosas. Não teve muito sucesso devido às dificuldades de navegação no rio e à hostilidade dos índios Botocudos, habitantes da região.

No início do século XIX, a região do vale do rio Doce foi dividida em várias repartições militares com fundação de quartéis, sendo que em torno de um deles de nome de Dom Manoel, foi fundado o porto de Canoas, destinado a funcionar como entreposto comercial dos produtos do Vale do Suassuí e de Santo Antônio. Em torno do porto, se estabeleceu um vilarejo que ganhou o nome de Figueira.

Inicialmente de pequena importância, ganhou relevância como entreposto comercial com a inauguração da estrada de ferro Diamantina-Vitória (Vitória-Minas) em 1907 e de estação própria 3 anos mais tarde. Da mesma forma, as plantações de café e a atividade de extração de madeira se expandiram na região. Entre os habitantes do vilarejo da época se destacou Serra Lima, filho do comandante do quartel Dom Manoel. Trabalhava como carpinteiro e auxiliar e a tradição popular atribui a ele o traçado urbano de Governador Valadares.

Até 1930, o vilarejo de Figueira era ainda lugar pobre, pouco desenvolvido, provido de pequeno número de ruas dispostas entre o rio Doce e a estrada de ferro quando foram inauguradas as estradas de rodagem de Figueira a Peçanha e a Itambacuri, sendo estabelecida a conexão com a cidade de Teófilo Otoni com desenvolvimento da região. Em 1937, Figueira se emancipou e passou à posição de município e em 1938 mudou de nome para Governador Valadares. Daí, a história da cidade é marcada por incremento do setor de serviços, da pecuária com gado de

corde e atualmente é um dos principais pólos comerciais da região. (Em: http://www.valadares.mg.gov.br/current/portal/historia_de_governador_valadares. Acesso em maio 2014)

1.3 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

1.3.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS

Governador Valadares se situa na mesorregião do Vale do Rio Doce e na microrregião de mesmo nome. A área total do município é de 2342,3 km² e a concentração habitacional é de 117 hab/km². De acordo com o último Censo, realizado em 2010, o número de domicílios era de 81785 e o de famílias, 76515.

1.3.2 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Segundo o Censo de 2010, o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade é de 0,727, sendo considerado alto. Pode ser determinada uma taxa de urbanização de 96,06 % e uma renda média familiar per capita de 656,20 reais. De acordo com o Censo de 2000, o município se caracteriza por taxa de abastecimento de água tratada de 99,2 % e de recolhimento de esgoto por rede pública de 99,2%.

1.3.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 1

Quadro 1: População por faixa etária (em anos) em 2010

Numero indivíduos	<1	1-4	5-9	10-19	20-39	40-59	>60	Total
Urbana	3264	14138	19214	44806	84358	59662	29326	253300
Rural	128	525	900	2014	3038	2330	1454	10389
Total	3392	14663	20114	46820	85928	61992	30780	263689

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popmg.def>. Acesso em: 23 jun 2014

A área de serviços predomina de forma evidente sobre os outros setores da economia, sendo responsável por 80,8 % do PIB de Governador Valadares. A indústria e a agropecuária respondem por 17,6 % e 1,46% do total, respectivamente. (Em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=312770>. Acesso em: 23 jun 2014)

1.3.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 2

A cidade de Governador Valadares é caracterizada por uma taxa de crescimento anual de 0,65 % e possui densidade demográfica de 117 hab/ km². Sua taxa de escolarização varia de acordo com a faixa etária, por exemplo, no caso da faixa de 15 a 17 anos (Ensino Médio), é encontrada uma taxa de 83,5 % segundo o Censo Escolar de 2012. A porcentagem de moradores no limite inferior da incidência de pobreza é de 15,7 % e a de extrema pobreza é de 3,43 % (Em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=312770>. Acesso em: 23 jun 2014). O Índice de Desenvolvimento da Atenção Básica encontrado em 2011 para a 4ª série/ 5º ano foi de 4,9 e o calculado para a 8ª série/ 9º ano foi 4 (Em: <http://ideb.inep.gov.br/resultado>. Acesso em: 23 jun 2014). Toda população utiliza a assistência à saúde pelo SUS de alguma forma como no caso de vacinas, mas pode ser identificada uma parcela sem plano de saúde de 63,17 % em set/2013. A cobertura da Atenção Básica na cidade é de 63,36%, segundo dados de Nota Técnica do município de 2014.

1.3.5 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

O sistema de saúde de Governador Valadares conta com um Conselho Municipal de Saúde com reuniões mensais (3ª terça-feira do mês) quase sempre realizadas na Policlínica Central.

Segundo informações do Fundo Municipal de Saúde, em 2013, foi repassado ao município um valor total bruto de 111396391,90 reais, sendo o valor líquido de 107994773,55 reais. Do valor bruto, 80,4% foram destinados ao bloco de média e alta complexidade, 15,6% à Atenção Básica. O restante foi destinado à Gestão, Farmácia, Vigilância Sanitária, entre outros.

O município apresenta cobertura de Atenção Básica de 63,36% e da Estratégia Saúde na Família de 53%. Possui 45 equipes de Saúde na Família credenciadas, sendo 41 implantadas. Há 340 ACSs credenciados e 315 implantados. A cidade conta com um NASF tipo I, 27 equipes de Saúde Bucal tipo I e 8 equipes de Saúde Bucal tipo II instaladas (Em: <<http://dab2.saude.gov.br/dab/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>> Acesso em: 23 jun 2014). Há um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) em Governador Valadares.

No que se refere a Referência/ Contra-referência, existe a Policlínica Central com atendimento por cerca de 20 especialidades médicas (angiologia, dermatologia, etc.), após devido encaminhamento a partir da Atenção Primária. O CEO, por sua vez, é responsável pela Atenção Secundária na Saúde Bucal.

As redes de média e alta complexidade, responsáveis pela maior parte do fundo municipal de Saúde são compostas pelo atendimento no Hospital Regional, com cirurgias eletivas e de Urgência e o funcionamento do Centro de Terapia Intensiva. Há também centros para realização de exames de alta complexidade como tomografia computadorizada, cirurgia cardíaca no Hospital São Lucas e tratamento oncológico no Hospital Samaritano em convênio com o SUS.

1.3.6 TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGENCIA

Como já mencionado, a população de Governador Valadares estimada para 2013 foi de 275568 habitantes e o número de famílias em 2010 de 76515. De acordo com o Censo 2010, pode ser determinado um nível de alfabetização de 92,8 % e uma taxa de emprego de 90,38 %. Os principais postos de trabalhos se encontram no setor de serviços e no comércio.

Tabela 1. Causas de óbitos em Governador Valadares no ano de 2012 de acordo com a classificação da CID-10.

Causa de óbito (capítulo do CID)	Número de óbitos
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	79
Neoplasias (tumores)	295
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	12
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	94
Transtornos mentais e comportamentais	25
Doenças do sistema nervoso	61
Doenças do aparelho circulatório	458
Doenças do aparelho respiratório	169
Doenças do aparelho digestivo	101
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	10
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	13
Doenças do aparelho geniturinário	42
Gravidez parto e puerpério	1
Algumas afec originadas no período perinatal	23
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	21
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	115
Causas externas de morbidade e mortalidade	280
Total	1799

Fonte: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> . Acesso em: 23 jun 2014

1.4 RECURSOS DA COMUNIDADE

O município de Governador Valadares dispõe de vários serviços. No que se refere à área, tem-se 197 estabelecimentos de saúde, sendo 108 (54,8%) privados e 89 (45,1%) públicos. Dos privados, 38 (35,1 %) atendem em convênio pelo SUS. Há no total 50 ambulatórios com atendimento médico. No que se refere aos estabelecimentos de saúde com internação, pode-se observar um total de 8, sendo 7 (87,5%) de caráter privado com atendimento pelo SUS e 1 (12,5%) de natureza pública. Há no total, 410 leitos para internação, sendo 233 (56,8%) em serviços privados e 144 (35,1 %) no público. Em relação aos estabelecimentos de apoio ao diagnóstico e terapia, há 58 no total, compostos por 56 (96,5 %) privados e 2 (3,5 %) públicos (Em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=312770> Acesso em: 23 jun 2014).

1.5 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

O serviço em que trabalho, a Unidade Básica de Saúde Centro (UBS Centro), localiza-se no Centro de Governador Valadares. É um local muito bom, próximo de vários estabelecimentos de saúde importantes da cidade como a Policlínica Central, o Hospital Regional, o CADef (Centro de Apoio ao Deficiente Físico), o Centro de Saúde Ruy Pimenta, o que facilita encaminhamentos. Encontra-se próximo de ruas de grande circulação na cidade como a Avenida Israel Pinheiro. Seu horário de funcionamento se estende das 7 às 17 horas de segunda à sexta-feira.

1.5.1 RECURSOS HUMANOS

Quadro 2. Quadro de funcionários da UBS Centro

Profissão	Número de profissionais	Carga horária diária (h)
Serviços gerais		
Profissional de limpeza	1	8
Função Administrativa		
Recepcionista UBS	2	8
Recepcionista Saúde Mental	2	7
Médicos		
Pediatra	3	6
Ginecologista/ Obstetra	1	4 (3 vezes por semana)
Clínico (PROVAB)	2	8

Cuidados de Enfermagem		
Enfermeira	1	6
Técnico de Enfermagem	6	6
Saúde Bucal		
Dentista	4	4
Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)	6	6

1.5.2 RECURSOS MATERIAIS

A UBS Centro foi criada a partir de edificação adaptada e alugada do Sindicato Rural. É composta por 2 andares sendo que no primeiro, estão presentes uma recepção, um corredor, 1 sala de curativos, 1 banheiro para funcionários, 2 banheiros para o público, 1 consultório de Pediatria, 1 consultório para a Clínica Médica, 1 consultório de Ginecologia/ Ostetrícia, 1 consultório de Enfermagem, 1 Sala de Vacinas, 1 Consultório Odontológico. No 2º piso, por sua vez, podem ser encontrados 2 consultórios da Saúde Mental, 2 salas de Zoonoses, 1 Amoxarifado, 1 Sala de Enfermagem além de Copa e Cozinha. Há também 1 garagem na parte externa.

Cada consultório médico possui uma maca, uma mesa com impressos, cadeiras e armários. Há ainda 1 estetoscópio e 1 esfigmomanômetro nos consultórios de Clínica Médica e Pediatria. A sala de Curativos conta com 2 mesas, cadeiras, balanças para adultos e pediátrica além de esfigmomanômetros, estetoscópios, material de curativos (luvas, gaze, esparadrapo, faixas,...). As outras salas e consultórios estão adaptados e possuem os equipamentos para suas necessidades como é o caso da Saúde Bucal. A recepção da UBS conta com porta-arquivos para armazenar os prontuários.

2. JUSTIFICATIVA

Os medicamentos da classe dos benzodiazepínicos, sendo o clonazepam (Rivotril ®) o mais comumente prescrito, são usados principalmente para o tratamento de insônia e de transtornos de ansiedade. São prescritos geralmente para uso durante um mês, sendo necessário iniciar o desmame gradual no mês seguinte. A manutenção por tempo prolongado pode gerar efeito de tolerância e dependência com sintomas de abstinência (irritabilidade, ansiedade, insônia, papitações, entre outros), que dificultam o desmame tardio (SADOCK, 2009).

De forma simplificada, podemos entender o processo de dependência de benzodiazepínicos numa sequência de eventos em que a insônia primária originada por fatores genéticos e má higiene do sono (componentes da rotina que prejudicam o sono, como sonecas e usar a cama para outras atividades além de relações sexuais e de dormir) leva à prescrição inicial por um médico da Atenção Primária à Saúde. Nessa fase, a prescrição excessiva de benzodiazepínicos pode ocorrer por falta de preparo do profissional em abordar a insônia, seja por desconhecimento de outras opções farmacológicas, da importância da orientação sobre medidas de higiene do sono ou pela não investigação de fatores de risco para abuso de substâncias.

Num segundo momento, o benzodiazepínico prescrito em geral não é devidamente retirado de forma gradual pelo médico da APS. Nessa etapa, podem contribuir a falta de preparo para manejo de medicamentos da classe e a ausência de orientação no momento da prescrição inicial sobre a necessidade do desmame. Num terceiro momento, o uso prolongado do benzodiazepínico leva à tolerância (necessidade de doses cada vez maiores) com dificuldade no desmame tardio pelos sintomas de abstinência. Nesse estágio, contribuem além da falta de preparo do médico da APS para manejo de benzodiazepínicos, a dificuldade na obtenção de consultas especializadas e a falta de um registro de usuários dos medicamentos da classe para melhor controle pelos profissionais da unidade (NASTASY; RIBEIRO; & MARQUES, 2008).

Dessa forma, como a obtenção do medicamento depende quase sempre da obtenção de receita controlada pelo médico da APS, os “nós críticos” do problema

envolvem naturalmente o momento da prescrição inicial e de desmame e o preparo do profissional para atuar adequadamente nesses momentos. Outras causas passíveis de intervenção são a falta de informação da população sobre benzodiazepínicos e medidas para melhora do sono e a falta de uma lista de controle de usuários que fazem uso de clonazepam e outros integrantes da classe na unidade de saúde.

As atividades 3 e 4 da disciplina Planejamento e Avaliação em Saúde do Curso de Especialização em Saúde da Família me permitiram escolher o uso indiscriminado de benzodiazepínicos dentre os problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Centro de Governador Valadares (CAMPOS, 2010). Essa escolha se deveu principalmente ao grande número de usuários crônicos de medicamentos da classe (em torno de 105) e às consequências associadas ao uso prolongado como tolerância (necessidade de doses cada vez maiores), dependência, sobrecarregamento dos serviços de saúde e aumento dos gastos em saúde. Foi levada em consideração também a posição central que a unidade de saúde e a prescrição médica ocupam no problema uma vez que o início e a manutenção do uso de medicamentos da classe dependem da obtenção de receita controlada. A equipe de profissionais de saúde da UBS Centro também participou da escolha do tema e considerou os recursos humanos e materiais necessários como disponíveis, sendo avaliada como viável uma tentativa de intervenção.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar projeto de intervenção para redução da prevalência do uso crônico de benzodiazepínicos na população adscrita da Unidade Básica de Saúde Centro em Governador Valadares - MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realização de revisão de literatura sobre o tema.

4. METODOLOGIA

O projeto de intervenção foi formulado a partir dos princípios de Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme explicitado nos textos das seções 1 e 2 da disciplina Planejamento e Avaliação em Saúde do Curso de Especialização em Saúde da Família e, em revisão da literatura sobre o tema utilizando os seguintes descritores: Benzodiazepinas e Atenção Primária à Saúde.

O projeto foi baseado em medidas educativas que visam a preparação do médico da unidade para a abordagem adequada de insônia e o manejo correto de benzodiazepínicos de forma a reduzir a prescrição inicial para pacientes com fatores de risco para abuso de substâncias e a incentivar o desmame precoce de forma adequada. Nesse sentido envolve palestras realizadas por psiquiatra da atenção secundária do SUS da cidade e cartazes a serem colocados em pontos estratégicos da unidade, tais como consultórios de médicos clínicos com as principais informações sobre o tratamento da insônia seja no que se refere às opções farmacológicas e não farmacológicas assim como ao manejo de benzodiazepínicos.

Outra parte do projeto será direcionada aos pacientes de forma que tenham contato com informações relacionadas às medidas não-farmacológicas do tratamento da insônia denominadas em conjunto “higiene do sono”, o que pode ajudar a solucionar casos mais simples de modo que o tratamento não precise ser iniciado. Algumas outras informações referentes aos riscos do uso prolongado serão disseminadas para motivar os pacientes a realizar a retirada gradual dos medicamentos. Todas essas informações poderão ser disseminadas através de panfletos a serem colocados nas paredes da unidade, assim como através de palestras realizadas pelas técnicas de enfermagem da UBS Centro.

Uma terceira parte do programa será feita através de registro dos usuários de benzodiazepínicos da unidade. Será confeccionada uma pequena ficha para coleta de dados a qual será preenchida durante as consultas e conterá informações importantes como: nome; idade; sexo; benzodiazepínico em uso; dose; indicação e tempo de uso. Esta medida tem por objetivo

possibilitar o controle do número de usuários crônicos e a eficácia das medidas empregadas.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 BENZODIAZEPÍNICOS

Os benzodiazepínicos constituem grupo de medicamentos ansiolíticos ou hipnóticos, cujo mecanismo de ação envolve a ligação a sítio alostérico específico no receptor de GABA A. Quando em presença de GABA, esta ligação facilita a abertura do canal de cloreto acoplado ao receptor. Receptores GABA A estão dispersos pelo Sistema Nervoso Central (SNC) e a sua ativação em cada local pode explicar os efeitos colaterais dos medicamentos da classe. Na medula espinhal, eles medeiam relaxamento muscular e no cerebelo, ataxia. A ativação de receptores GABA A na formação reticular leva à diminuição do nível de consciência e em áreas corticais, pode ocasionar alterações comportamentais e do afeto (LADER, 2011).

5.1.1 HISTÓRIA DOS BENZODIAZEPÍNICOS

Por volta de 1941, a empresa Wallace Pharmaceuticals já havia desenvolvido um agonista do receptor de ácido γ -aminobutírico tipo A, o meprobamato, composto este com eficácia ansiolítica e sedativa, mas com efeitos adversos importantes associados como dependência e potencial de abuso.

Dr. Leo Sternbach, que trabalhava na universidade de Nova Jersey foi solicitado a desenvolver algum composto com poder sedativo semelhante, embora mais seguro. Retomou os estudos com as substâncias denominadas benzodiazepínicos com que havia trabalhado nos tempos de estudante em Kraskow e as injetou em camundongos, sem resposta. Foi então que resolveu combinar uma dessas substâncias com metilamina e injetou a substância resultante em camundongos, produzindo efeitos semelhantes ao meprobamato, mas sem potencial de abuso e efeitos colaterais importantes. O composto foi denominado metaminodiazepóxido, sendo o nome mudado depois para clordiazepóxido (LADER, 2011).

Foram desenvolvidos em seguida outros medicamentos da classe como o diazepam, flurazepam e clonazepam. Com o passar dos anos, a classe dos

Benzodiazepínicos (BZDs) tornou-se cada vez mais popular e em 1982, o diazepam tornou-se a droga mais prescrita nos Estados Unidos.

Nos últimos anos, em vista do potencial de tolerância e de dependência dos BZDs, foram criadas as chamadas drogas z, fármacos hipnóticos de meia-vida curta como o zaleplon, o zolpidem e o zopiclone. Os medicamentos são especialmente úteis para tratar a insônia proximal, isto é, a dificuldade para começar a dormir. Os BZDs também vêm sendo substituídos por antidepressivos no tratamento de transtornos de ansiedade (LADER, 2011).

5.1.2 TIPOS DE BENZODIAZEPÍNICOS

Os benzodiazepínicos variam conforme meia-vida, ligação proteica e dose terapêutica, como pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2 – Características dos benzodiazepínicos (BZDs)

BZD (meia-vida)	Meia-vida (h)	Ligação proteica (%)	Dose terapêutica
Muito curta			
Midazolam	1,5-2,5		
Curta			
Alprazolam	6-20	-	0,75-4 mg
Bromazepam	12	70	1,5-18
Lorazepam	9-22	85	2-6
Intermediária			
Clordiazepóxido	10-29	93	15-100
Clonazepam	19-42	-	1-3
Diazepam	14-61	98	4-40
Nitrazepam	16-48	-	5-10

Fonte: adaptado de NASTASY; RIBEIRO (2008)

5.1.3 INDICAÇÕES

Os benzodiazepínicos são utilizados principalmente para o tratamento da insônia primária e de transtornos de ansiedade. Outras indicações incluem as crises epiléticas, a síndrome de abstinência alcoólica (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

A grande maioria dos casos de insônia não possui uma causa específica e pode ser considerada primária. O tratamento deve ser baseado principalmente na modificação de hábitos de vida que prejudicam o sono como tirar sonecas. Os BZDs podem ser usados por até 2 meses, sendo o desmame realizado no segundo mês. São preferidos compostos de meia-vida mais curta (LADER, 2011).

Para o tratamento de transtornos de ansiedade geralmente são usados compostos de meia-vida mais longa para que o efeito dure ao longo do dia. Deve-se ter em mente que o papel dos benzodiazepínicos varia conforme o transtorno de ansiedade em questão.

No caso do transtorno do pânico, por exemplo, os BZDs são considerados drogas de 3ª linha, sendo utilizados principalmente no início do tratamento por cerca de 2 meses até se alcançar a dose terapêutica dos inibidores de recaptação de serotonina ou ISRS (1ª escolha) ou dos inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (2ª escolha). No caso da fobia social, são drogas de 2ª escolha, sendo usados compostos de meia-vida mais curta como o alprazolam antes dos testes de performance e de apresentações em público, entre outras situações geradoras de estresse. São consideradas de 1ª escolha para o tratamento crônico os ISRS e a venlafaxina.

No contexto do transtorno obsessivo-compulsivo, os BZDs não costumam ser utilizados. No transtorno de ansiedade generalizada, são considerados de 3ª escolha podem ser utilizados em prazos curtos (2 meses) até que outros medicamentos utilizados concomitantemente ou a psicoterapia surtam efeitos. Os fármacos considerados de 1ª escolha são a venlafaxina e a sertralina e o de 2ª escolha é a paroxetina (VERSIANI, 2008).

5.1.4 EFEITOS ADVERSOS

Os efeitos adversos dos benzodiazepínicos diferem conforme o tempo de uso. A curto prazo, podem gerar sedação, amnésia anterógrada, piora da coordenação motora fina, sonolência diurna, tonteira, zumbidos, aumento do risco de acidentes e quedas principalmente em idosos, com incidência aumentada de fraturas de quadril. Tem sido associados a atividades criminosas devido a seus efeitos desinibitórios em indivíduos de risco (transtorno de

personalidade borderline), e podem prejudicar a realização de tarefas mais complexas como dirigir e operar máquinas. (LADER, 2011)

A longo prazo, os BZDs podem levar a amnésia anterógrada, declínio cognitivo em níveis variados (amnésia anterógrada, pseudodemência,...), tolerância, dependência, alterações de psicomotricidade. Em um estudo, Galacher et al (2011) acompanhou 1134 homens do país de Gales por cerca de 22 anos, foi demonstrado risco aumentado de demência entre os usuários de BZDs. Alguns estudos analisaram a razão ventrículo-cérebro além do tamanho de algumas regiões cerebrais como o núcleo caudado e as áreas corticais frontais e occipitais, comparando-as entre usuários e não usuários, sendo evidenciada redução progressiva nos primeiros (LADER, 2011).

5.1.5 RECOMENDAÇÕES QUANTO AO USO

Os benzodiazepínicos podem ser mantidos por até 2 meses, devendo-se realizar a retirada progressiva no segundo mês. Antes de serem prescritos, deve ser analisada a relação risco-benefício, a existência de medicamentos alternativos. Pacientes idosos, portadores de transtornos de personalidade, com história de dependência de algum tipo de substância (álcool, drogas ilícitas, opióides,...) guardam maior risco de dependência e o uso deve ser evitado na medida do possível. Indivíduos idosos também exibem mais efeitos adversos, especialmente as quedas, a amnésia e as alterações de psicomotricidade.

5.2 DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS

5.2.1 CONCEITOS

No que tange ao uso inadequado de benzodiazepínicos, alguns conceitos são frequentemente confundidos e devem ser esclarecidos, de acordo com Lader (2011):

- Dependência: Condição composta por desejo forte ou compulsão intensa para tomar uma substância, dificuldade para controlar o seu uso, presença de estado de abstinência, tolerância ao uso da

droga, negligência de prazeres alternativos, outros interesses e contínuo uso da substância apesar de dano causado a si próprio e outros.

- Tolerância: Necessidade de doses progressivamente maiores para se atingir o mesmo efeito com uma substância/droga.
- Síndrome de abstinência: Sintomas que surgem com a suspensão do uso da droga. A clínica é composta por sintomas rebote (sintoma que indicou o uso do fármaco ocorre de forma mais intensa que antes após a interrupção) e por manifestações novas como alterações do nível de consciência, dependendo do quão abrupta foi a suspensão do fármaco e da cronicidade de seu uso.
- Abuso: Padrão mal adaptativo de uso indicado pelo consumo persistente da substância apesar disso resultar em incapacidade no cumprimento das obrigações laborais, escolares ou domésticas, em problemas legais, problemas interpessoais ou sociais persistentes ou recorrentes. Este uso pode ocorrer mesmo em situações em que possa acarretar dano físico.

5.2.2 DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS

Apesar de o uso de benzodiazepínicos dever ser restrito a 2 meses, em muitos casos o desmame não é realizado no momento certo e o paciente permanece em uso do medicamento de forma crônica, sujeito à ocorrência de tolerância e dependência. Estima-se que cerca de 50 % dos pacientes tornem-se dependentes após 5 a 10 anos de uso (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

A relevância da dependência de BZDs reside principalmente nos riscos associados ao uso prolongado desses fármacos, na sua frequência e na sobrecarga que proporciona aos serviços de saúde. Constitui também problema presente no mundo todo, o que mostra que a dificuldade no manejo de benzodiazepínicos e no tratamento de suas indicações existe em vários países (SIRDIFIELD et al., 2013).

Metanálise dos estudos qualitativos realizados sobre o tema mostrou que os principais motivos para a manutenção dos BZDs na Atenção Primária

foram a falta de confiança nas medidas não farmacológicas e de tempo, o receio de afetamento da relação medico-paciente, de procura de outro médico. Ficou também claro que o médico muitas vezes toma as decisões relacionadas aos BZDs baseadas na dúvida, devendo considerar de um lado a responsabilidade para resolver o problema e de outro, os malefícios do uso crônico de benzodiazepínicos (SIRDFIELD et al, 2013). Outra dificuldade é a diferença na maneira de enxergar o benzodiazepínico. Pacientes geralmente avaliam os benefícios como sendo maiores e os riscos como sendo menores em comparação aos médicos, o que diminui a cooperação do usuário com relação ao desmame (MAH; UPSHUR, 2012)

5.2.3 EPIDEMIOLOGIA

Não existem muitos estudos brasileiros com avaliação do consumo de BZDs, mas alguns podem ser destacados. Estudo demonstrou prevalência de consumo de medicamentos hipnóticos em São Paulo de 20%, sendo os BZDs os mais prescritos (POYARES et al, 2005 apud MARI, 1996)¹. Outro trabalho com amostra de Porto Alegre demonstrou taxa semelhante de 21,3% (POYARES et al, 2005 apud OWORTMANN et al, 1994)².

O uso prolongado de BZDs costuma ocorrer principalmente em mulheres, com idade média de 57 anos (RIBEIRO et al, 2007). Geralmente recebem a primeira prescrição de um médico da Atenção Primária. Os fatores de risco associados à dependência de benzodiazepínicos incluem: idade > 45 anos, consumo por período maior que 1 ano, fatores intrínsecos do paciente, presença de transtornos de personalidade, disforia crônica, insônia crônica, doenças crônicas, história pregressa de dependência de substâncias (POYARES et al, 2005). É comum também que façam uso de fármacos para tratamento de comorbidades clínicas.

5.2.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

¹ POYARES et al, 2005 apud MARI, 1996, p. 270

² POYARES et al, 2005 apud WORTMANN et al, 1994, p.270

A clínica é caracterizada pela efeitos adversos dos benzodiazepínicos, os quais já foram descritos e pela síndrome de abstinência, que se manifesta em torno de 2 a 3 dias após a interrupção de BZDs de meia-vida curta e de 5 a 10 dias após a suspensão dos de meia-vida longa (LADER, 2011). Ela é composta por manifestações físicas e psíquicas:

- Manifestações físicas: Tremores, sudorese, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, anorexia, sintomas gripais, cefaléia e dores musculares.
- Manifestações psíquicas: Insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, agitação, pesadelos, disforia, prejuízo da memória, despersonalização/desrealização (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

Quadros mais grave podem exibir também, convulsões, alucinações e delirium. No que diz respeito à evolução dos sintomas de abstinência, um estudo encontrou quatro possibilidades: (1) diminuição gradual ao longo de 50 semanas; (2) aumento da gravidade dos sintomas no início do desmame e diminuição após o seu término; (3) aumento na gravidade dos sintomas 4 semanas após o fim do desmame; (4) nenhuma mudança após 50 semanas (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

5.2.5 TRATAMENTO

Consiste na interrupção do uso do fármaco, realizada de forma gradual, com ou sem uso de medicamentos adjuvantes e no tratamento concomitante da condição que indicou o uso do benzodiazepínico.

5.2.5.1 INTERRUPÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS

As Diretrizes para Abuso e Dependência de benzodiazepínicos recomendam a substituição do BZD em uso por outro de meia-vida longa, especialmente o diazepam, que possui farmacocinética mais favorável em dose equivalente (tabela 3). Elas falam sobre diversas possíveis abordagens como estabelecimento de um prazo de 6-8 semanas para cessação completa do uso do medicamento, redução de cerca de 25 % da dose a cada semana. O desmame costuma ser mais fácil até a metade da dose, depois os sintomas de

abstinência costumam afetar mais o paciente e a interrupção deve ser feita de forma mais lenta (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

Tabela 3 – Doses equivalentes de benzodiazepínicos comuns e drogas z a 5 mg de diazepam.

Fármaco	Dose
Clordiazepóxido	15 mg
Diazepam	5 mg
Loprazolam	500 mg
Lorazepam	500 µg
Nitrazepam	5 µg
Oxazepam	15 mg
Temazepam	10 mg
Zateplon	10 mg
Zopicone	7,5 mg
Zolpidem	10 mg

Fonte: LADER, M. (2011)

Vários estudos foram realizados para se comparar as maneiras com que o desmame é feito. Em ensaio clínico randomizado, 139 pacientes foram dispostos aleatoriamente em 2 grupos: (1) abordagem de rotina (controle); (2) redução progressivo da dose com visitas quinzenais de acompanhamento. Os resultados foram superiores no grupo experimental após 1 ano. Cerca de 45,2 % do total de pacientes havia interrompido e 21,9 %, reduzido para menos da metade da dose do benzodiazepínico ao final do estudo (VICENS et al, 2006)

Metanálise de 29 estudos comparou a eficácia de múltiplas abordagens na interrupção do uso de BZDs em pacientes em que a indicação inicial era insônia. Mostrou-se que a estratégia de menor eficácia era a chamada intervenção mínima em que os pacientes eram apenas orientados a interromper o uso do medicamento oralmente ou através de cartas. Em seguida, apresentava-se mais eficaz a intervenção sistemática em que os pacientes eram acompanhados de perto com redução progressiva da dose. A adição de carbamazepina ou imipramina ou terapia cognitivo-comportamental

de grupo à intervenção sistemática foi a intervenção que levou à maior interrupção do uso de BZDs, embora o benefício encontrado seja apenas ligeiramente superior à segunda estratégia (VOSHAAR et al, 2006).

Em outro estudo, Vicens et al (2011) comparou 495 pacientes da Atenção Primária de 3 regiões da Espanha (Valência, Catalunha e ilhas Baleares) alocados aleatoriamente em 3 grupos: (1) abordagem rotineira com recomendações para interrupção do uso; (2) entrevista padronizada com seguimento através de consultas freqüentes; (3) entrevista padronizada com fornecimento de informações escritas. Os pacientes foram avaliados após 1 ano para avaliar o status de utilização de BZDs e o grupo 2 (entrevista + consultas frequentes) mostrou melhor eficácia de forma estatisticamente significativa (VICENS et al, 2011).

Outra estratégia é o uso de flumazenil, que funciona como antagonista/agonista parcial dos receptores de benzodiazepínicos e é habitualmente utilizado no tratamento da intoxicação por BZDs. Uma revisão sobre o assunto, realizada por Hood et. al. (2012) mostrou benefício do uso de flumazenil no tratamento da síndrome de abstinência aguda logo após interrupção do uso desses medicamentos e daquela que persiste anos após o desmame, condição que não possui terapia disponível. Os autores apontaram que uma desvantagem do medicamento seria o fato de ele possuir apenas formulações de uso parenteral, o que limita o uso domiciliar do fármaco.

O papel do flumazenil tanto no tratamento da intoxicação quanto da abstinência de BZDs parece um tanto paradoxical, fato que motivou a formulação de várias hipóteses para o mecanismo de ação envolvido, que é desconhecido. As hipóteses englobam ação parcial-agonista em subunidades $\alpha 6$ do receptor GABA A, mudança na composição dos receptores GABA A. Suspeita-se também que o efeito exercido pelo flumazenil varie de acordo com a dose e o uso de BZDs e de outros moduladores do receptor GABA A (HOOD et al., 2012).

5.2.5.2 TRATAMENTO DA CONDIÇÃO DE BASE

Embora o uso de BZDs deva ser restrito ao período de 2 meses, a insônia pode ser uma condição crônica. O tratamento envolve medidas não-

farmacológicas e se necessário o emprego de medicamentos de forma contínua. Em relação às medidas não-farmacológicas, de acordo com Kierlin (2008) existem 4 estratégias de importância reconhecida:

- a. Terapia cognitivo-comportamental (TCC): Trabalha percepções negativas quanto ao sono as quais levam à ansiedade, que prejudicaria o sono do paciente.
- b. Relaxamento: Orienta-se o paciente a focar em uma parte do corpo e se concentrar até que os músculos relaxem. Depois se escolhe outro segmento, repete-se o procedimento e assim sucessivamente.
- c. Terapia de controle de estímulo (Higiene do sono): Na insônia, os pacientes associariam a cama ou o sono com resposta negativa após exposição a agente ou evento agressor. O método busca mudar essa impressão através da mudança de hábitos do paciente como evitar sonecas, acordar sempre no mesmo horário, usar a cama apenas para dormir e relações sexuais, começar alguma atividade em outro local se o sono não ocorrer após breve espaço de tempo, reduzir a preocupação e o esforço empregado para adormecer.
- d. Restrição do sono: Observa-se a duração média do sono do paciente e estabelece-se horários fixos para dormir e acordar de modo o paciente durma sempre o tempo calculado. Depois de semanas, este tempo é gradualmente aumentado. É esperado que a ansiedade do paciente com relação ao tempo de sono diminua.
- e. Intenção paradoxal: Estratégia em que o paciente em vez de tentar dormir, se esforça para se manter acordado. É especialmente útil em pacientes com ansiedade importante relacionada ao sono (KIERLIN, 2008).

Caso estas intervenções não sejam suficientes para melhorar o sono do paciente, são geralmente empregados medicamentos. Nesse sentido, utilizam-se antidepressivos indutores do sono (amitriptilina, trazodona) em caso de depressão associada ou como opção aos BZDs. A dose empregada é de 25 mg 1 comprimido antes de deitar para a amitriptilina e de 50 mg 1 comprimido antes de dormir para a trazodona. Se o paciente é portador de transtorno psicótico, pode-se lançar mão de neurolépticos. Os agonistas dos receptor 1

de melatonina (remelteon) podem ser tentados nos pacientes com transtornos do ciclo sono-vigília como aqueles que dormem tarde e acordam tarde para adequar o ciclo circadiano (POYARES, 2005).

No caso dos transtornos de ansiedade, o tratamento geralmente se baseia no uso de antidepressivos e em psicoterapia. Os medicamentos de escolha variam conforme o transtorno em questão:

Tabela 4 - Algoritmo do tratamento dos transtornos de ansiedade

Transtornos	1ª escolha mg/dia	2ª escolha mg/dia	3ª escolha mg/dia
Pânico	ISRS: Sertralina 50 Paroxetina 20 IRSNs: Venlafaxina 75-150	Tricíclicos: Imipramina 150-200 Clomipramina 100-200	BZDs: Clonazepam 2-4 Alprazolam 2-4
Ansiedade Social	IRS: Paroxetina 40-60 IRSNs: Venlafaxina 75-225	BZD: Clonazepam 3-6	RIMA: Moclobemida 750-900
Obsessivo-Compulsivo	ISRSs: Sertralina 200 Paroxetina 60 Fluvoxamina 300 Fluoxetina 60 Clomipramina 300	Combinações ISRS + antipsicótico	
Ansiedade Generalizada	IRSNs: Venlafaxina 75-150 ISRS: Sertralina 50-200	ISRS: Paroxetina 20-40	BZD: prazos curtos

Legenda: ISRS: inibidores seletivos da recaptção de serotonina

IRSN: inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina

BZD: benzodiazepínico

MIBA: inibidor de monoaminoxidase

Fonte: VERSIANI, M. (2008)

5.2.6 PROGNÓSTICO

Como acontece com várias outras substâncias consideradas de abuso, a manutenção da abstinência é uma preocupação no caso dos

benzodiazepínicos. Nesse sentido, alguns estudos foram realizados para determinar a porcentagem de pacientes que permaneciam abstinentes após a interrupção do uso de BZDs e os fatores de recaída.

Em um deles (VOSHAAR et al., 2003), 109 pacientes que haviam interrompido com sucesso o uso crônico de BZDs após intervenção mínima foram avaliados depois de mais de 2 anos. Foi constatado que mais de 49 % mantinham-se completamente abstinentes e 2 fatores independentes de risco para recaída foram identificados: o uso de uma dose diária maior que o equivalente a 10 mg de diazepam e a percepção de se ter um mau estado de saúde pelo questionário SF-36.

Em outro estudo, realizado por Gier (2010), foram acompanhados 194 pacientes que haviam cessado o uso de BZDs durante 10 anos. No final do período, 58,8 % do total mantinham-se abstinentes e foi demonstrado que a abstinência 21 meses após o desmame era um marcador independente para a sua manutenção após 10 anos.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

O problema escolhido, o uso indiscriminado de benzodiazepínicos, possui vários fatores causais ou contribuintes, mas apenas alguns estão suficientemente modificáveis e bem colocados na cadeia de eventos a ponto de justificar uma intervenção estratégica. São os nós do problema:

- A falta de preparação do médico da atenção primária em abordar a insônia e manejar medicamentos da classe dos benzodiazepínicos.
- Falta de informações dos pacientes sobre benzodiazepínicos.
- Alterações comportamentais prejudiciais ao sono (excesso de café, ...)
- Falta de controle dos usuários crônicos de benzodiazepínicos da área adscrita.

Para lidar com esse problema, foi formulado um projeto de intervenção focado em medidas educativas e no registro dos usuários de benzodiazepínicos. Após discussão com a equipe, foi estabelecido o desenho das operações:

Quadro 3 – Desenho das operações

(continua)

Nó crítico	Operação/ Projeto	Objetivos	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Falta de preparo dos médicos da unidade	Capacitação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solucionar dúvidas de médicos da unidade 2. Facilitar a tomada de decisões 	Diminuição do número de usuários crônicos de benzodiazepínicos em 25% em 1 ano	Maior capacitação de médicos da UBS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Político: Envolver psiquiatra da atenção secundária no projeto 2. Financeiro: + para recursos audiovisuais, para panfletos e cartazes
Falta de informação	Paciente + consciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar pacientes e mudar a visão dos pacientes sobre os medicamentos da classe 2. Aumentar a cooperação dos pacientes no desmame de benzodiazepínicos 	Maior sucesso no desmame	<ol style="list-style-type: none"> 1. Campanha educativa na unidade e na rádio local 2. Avaliação do nível de informação da população 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizacional: + tempo para palestras com técnicas de enfermagem 2. Político: Conseguir espaço na rádio. 3. Cognitivo: Capacitação de profissionais sobre o tema 4. Financeiro: + dinheiro para folhetos educativos

Quadro 3 – Desenho das operações

(conclusão)

Nó crítico	Operação/ Projeto	Objetivos	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Comportamento prejudicial ao sono	Tá difícil dormir?	Corrigir fatores que levam à insônia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diminuição dos atendimentos por insônia 2. Diminuição do uso de benzodiazepínicos 	Campanha educativa na unidade e na rádio local	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizacional: + tempo para palestras com técnicas de enfermagem 2. Político: Conseguir espaço na rádio. 3. Cognitivo: Capacitação de profissionais sobre o tema 4. Financeiro: + dinheiro para folhetos educativos
Falta de registro de pacientes em uso de benzodiazepínicos	Uso sob controle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coletar dados de pacientes 2. Elaborar caderno de controle dos usuários crônicos de benzodiazepínicos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento mais pormenorizado do perfil do usuário crônico da unidade 2. Avaliação quantitativa contínua do problema 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coleta de dados de pacientes usuários de benzodiazepínicos 2. Análise dos dados obtidos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizacional: + tempo para preenchimento das fichas de coleta de dados 2. Financeiro: + dinheiro para impressão de fichas.

Para realização do projeto, foram identificados os seguintes recursos críticos:

Quadro 4 – Recursos críticos

Operação/Projeto	Recursos críticos
Capacitação	Político: Envolver psiquiatra no projeto Financeiro: + dinheiro para panfletos, pôsteres Cognitivo: Revisão bibliográfica
Paciente consciente +	Político: Conseguir espaço na rádio. Cognitivo: Capacitação de profissionais sobre o tema
Tá difícil dormir	Político: Conseguir espaço na rádio. Cognitivo: Capacitação de profissionais sobre o tema
Uso sob controle	Organizacional: + Tempo para preenchimento de fichas

A viabilidade do projeto foi analisada junto à equipe de acordo com a possibilidade de obtenção dos recursos. Na operação “Capacitação”, a combinação de uma reunião com a psiquiatra já havia sido iniciada e foi fácil uma vez que ela trabalha no segundo andar da UBS. Quanto ao financiamento, também não será grande problema uma vez que o custo total do projeto será baixo e a possibilidade de resistência por parte da secretaria não é muito grande. Também a capacitação de profissionais já foi combinada, exigirá apenas algumas poucas reuniões e levando-se em conta a adesão dos profissionais ao projeto, não será entrave à sua realização. O difícil será conseguir o espaço na rádio, mas foi acertado quem entrará em contato. As medidas educativas se darão na UBS, independente da rádio.

O projeto foi assim considerado viável e o plano operativo foi montado (Quadro 5).

Quadro 5 – Plano Operativo

(Continua)

Operações	Resultados esperados	Ação	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Capacitação	Diminuição do número de usuários crônicos de benzodiazepínicos em 25% em 1 ano	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confecção e colagem de pôster com informações sobre tratamento de insônia na parede dos consultórios 2. Palestra e reuniões com a Psiquiatria 	Conseguir financiamento para impressão de pôsteres e recursos audiovisuais para palestra	Médico	<p>2 meses para revisão bibliográfica e confecção do pôster</p> <p>1 mês para conseguir recursos audiovisuais e financiamento</p>
Paciente consciente +	Maior sucesso no desmame	<ol style="list-style-type: none"> 1. Palestras realizadas por técnicas de enfermagem 2. Panfletos nas paredes da UBS 3. Campanha educativa na rádio 	Conseguir espaço na rádio	Técnicos de enfermagem e enfermeira	<p>3 meses para apresentar projeto na Rádio</p> <p>6 meses para início das atividades</p>
Tá difícil dormir?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diminuição dos atendimentos por insônia 2. Diminuição do uso de benzodiazepínicos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Palestras realizadas por técnicas de enfermagem 2. Panfletos nas paredes da UBS 3. Campanha educativa na rádio 	Conseguir espaço na rádio	Técnicos de enfermagem e enfermeira	<p>3 meses para apresentar projeto na Rádio</p> <p>6 meses para início das atividades</p>

Quadro 5 – Plano Operativo

(Conclusão)

Operações	Resultados esperados	Ação	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Uso sob controle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento maior do perfil do usuário crônico da unidade 2. Avaliação quantitativa contínua do problema 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração e preenchimento de fichas de coleta de dados 2. Análise dos dados e avaliação da eficiência das outras operações. 	-	Médico	<p>1 mês para elaboração da ficha de coleta de dados e início do preenchimento</p> <p>3 meses para registro de todos os usuários crônicos de benzodiazepinas</p>

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência de benzodiazepínicos é um problema presente nos serviços de saúde de vários países. O uso crônico dos medicamentos da classe leva à tolerância, dependência, amnésia anterógrada e sobrecarga aos serviços de saúde, o que justifica um projeto de intervenção. Como a prescrição desses medicamentos ocorre principalmente na Atenção Primária, medidas de intervenção direcionadas a este nível podem ser consideradas estratégicas.

Uma vez que a obtenção do fármaco depende da obtenção de receita controlada tipo B, ações devem ser voltadas ao médico da Atenção Primária, com medidas educativas para que se possa limitar o uso de benzodiazepínicos a luz da literatura e evitar a renovação automática de receitas.

Campanhas educativas voltadas ao paciente complementam a intervenção uma vez que permitem que os usuários conheçam melhor os malefícios do uso a longo prazo e colaboram mais no desmame e ajudam no controle da insônia através da demonstração do que seria um comportamento favorável ao sono.

Por fim, o controle dos usuários crônicos de benzodiazepínicos através de registro em caderno próprio é essencial para a avaliação da eficiência da intervenção realizada e para que o uso além do limite recomendado (2 meses) não passe despercebido e a condição de usuário crônico não seja só descoberta em uma fase mais avançada, quando o desmame é mais difícil.

O projeto foi considerado viável pelo baixo custo e pela aplicabilidade em um contexto de Unidade Básica de Saúde. Espera-se que com ele avance no sentido de adequar as condutas médicas quanto ao uso de benzodiazepínicos e de reduzir o número de usuários crônico de benzodiazepínicos a um número considerado aceitável.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A.. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (FNS). **Fundo municipal de Saúde de Governador Valadares**. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/consultarPagamento/pesquisaDetalhadaAcao.jsf>>. Acesso em 23 jun. 2014.

GALLACHER, P. et al. **Benzodiazepine use and risk of dementia**: evidence from the Caerphilly Prospective Study (CaPS). *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 66, n. 10. Disponível em: <<http://jech.bmj.com.ez27.periodicos.capes.gov.br/content/66/10/869.full.pdf+html?sid=e798dc7b-0b11-4b9e-ae45-f9345276f91f>>. Acesso em 20 dez 2014.

GIER, N. et al. **Discontinuation of long-term benzodiazepine use**: 10-year follow-up. *Family Practice*, v. 28, p. 253-59, 2011. Disponível em: <<http://fampra.oxfordjournals.org/content/28/3/253.full.pdf+html>>. Acesso em 20 dez 2014.

HOOD, S. et al. **Benzodiazepine dependence and its treatment with low dose flumazenil**. *British Journal of Clinical Pharmacology*, v. 77, n. 2, p. 285-294, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-23.pdf>>. Acesso em: 20 dez 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades– Governador Valadares**. Contém informações estatísticas sobre a cidade de Governador Valadares. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=312770>>. Acesso em 22 jun. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS NACIONAIS – INEP. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica**. Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br/resultado/>>. Acesso em 22 jun. 2014.

KIERLIN, L. **Sleeping Without a Pill**: Nonpharmacologic Treatments for Insomnia. *Journal of Psychiatric Practice*, v. 14, n.6, nov 2008. Disponível em: <http://link.periodicos.capes.gov.br.ez27.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl41?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=infofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rft_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=111006469466324>. Acesso em 20 dez 2014.

LADER, M. **Benzodiazepines revisited – will we ever learn?** *Addiction*, v.106, n. 12, 2011. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/j.1360-0443.2011.03563.x.pdf>>. Acesso em: 20 dez 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 22 jun. 2014.

NASTASY, H., RIBEIRO, MARQUES, A.C.P.R. **Abuso e dependência de Benzodiazepínicos**. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2008. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf. Acesso em 10 jan 2015.

MAH, L.; UPSHUR, R.E.G. **Long term benzodiazepine use for insomnia in patients over the age of 60: discordance of patient and physician perceptions**. BMC Family Practice, v. 3, n.9, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-3-9.pdf>>. Acesso em 20 dez 2014.

POYARES, D. et al. **Hipnoindutores e insônia**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s1/en_24469.pdf> Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 27, p. 2-7, 2005. Suplemento 1. Acesso em 20 dez 2014.

RIBEIRO, C. et al. **Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern**. São Paulo Medical Journal, v.125, n. 5, 2007 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v125n5/03.pdf>>. Acesso em 20 dez 2014.

SADOCK, B.J.; SADOCK, A.S. **Kaplan & Sadock's Compêndio de Psiquiatria**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica: Informações sobre programas e ações do Departamento de Atenção Básica em Governador Valadares, Minas Gerais**. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/dab/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 22 jun. 2014

SPINDOLA, H.F. **Histórico de Governador Valadares**. Disponível em: <http://www.valadares.mg.gov.br/current/portal/historia_de_governador_valadares>. Acesso em maio 2014

SIRDIFIELD, C. et al. **General practioners's experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis**. BMC Family Practice, v.14, n. 191, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-14-191.pdf>>. Acesso em 20 dez 2014.

VERSIANI, M. **Diretrizes de ansiedade**. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/099.pdf>. Acesso em 10 jan 2015.

VICENS, C. et al. **Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomized trial in family practice.** British Journal of Medical Practice, v. 56, n. 533, dez 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1934057/pdf/bjpg56-958.pdf>>. Acesso em 20 dez 2014.

VICENS, C et al. **Comparative efficacy of two primary care interventions to assist withdrawal from long term benzodiazepine use: A protocol for a clustered, randomized clinical trial.** BMC Family Practice, v. 12, n. 23, p.1-7, 2011. Disponível em:< <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-23.pdf>>. Acesso em: 20 dez 2014.

VOSHAAR, R. et al. **Predictors of relapse after discontinuation of long term benzodiazepine use by minimal intervention: a 2-year follow-up study.** Family Practice, v. 20, n. 4, p. 370-72, 2003. Disponível em: <<http://fampra.oxfordjournals.org/content/20/4/370.full.pdf>>. Acesso em: 20 dez 2014.

VOSHAAR, R. **Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use.** British Journal of Psychiatry, v. 189, p. 213-220, 2006. Disponível em:< <http://bjp.rcpsych.org/content/189/3/213.full.pdf+html>>. Acesso em 20 dez 2014.

WICKIPÉDIA - A enciclopédia livre. **Governador Valadares.** Disponível em:< http://pt.wikipedia.org/wiki/Governador_Valadares>. Acesso em 23 jun. 2014.

APÊNDICE A**Ficha de coleta de dados de usuários crônicos de benzodiazepínicos**

- 1) Nome: _____
- 2) Idade: _____
- 3) Sexo: _____
- 4) Benzodiazepínico em uso: _____
- 5) Dose: _____
- 6) Indicação: _____
- 7) Tempo de uso: _____

APÊNDICE B**Benzodiazepínicos: Riscos**

Fonte: www.ctvnews.ca

O uso prolongado de medicamentos como diazepam, bromazepam, alprazolam e clonazepam pode causar malefícios a sua saúde como:

- Diminuição da coordenação motora
- Problemas de memória
- Aumento do risco de quedas e de acidentes de trânsito
- Dependência
- Zumbidos
- Tonteira
- Sonolência

Se você usa algum desses medicamentos há mais de 2 meses, procure seu médico!

APÊNDICE C**Dicar para dormir bem**

Fonte: www.interne.com.br

- 1) Evitar sonecas
- 2) Acordar sempre no mesmo horário
- 3) Usar a cama apenas para dormir e relações sexuais
- 4) Começar alguma uma atividade em outro local se o sono não ocorrer após breve espaço de tempo
- 5) Reduzir a preocupação em dormir
- 6) Reduzir o esforço empregado para adormecer
- 7) Restringir café e bebidas alcoólicas

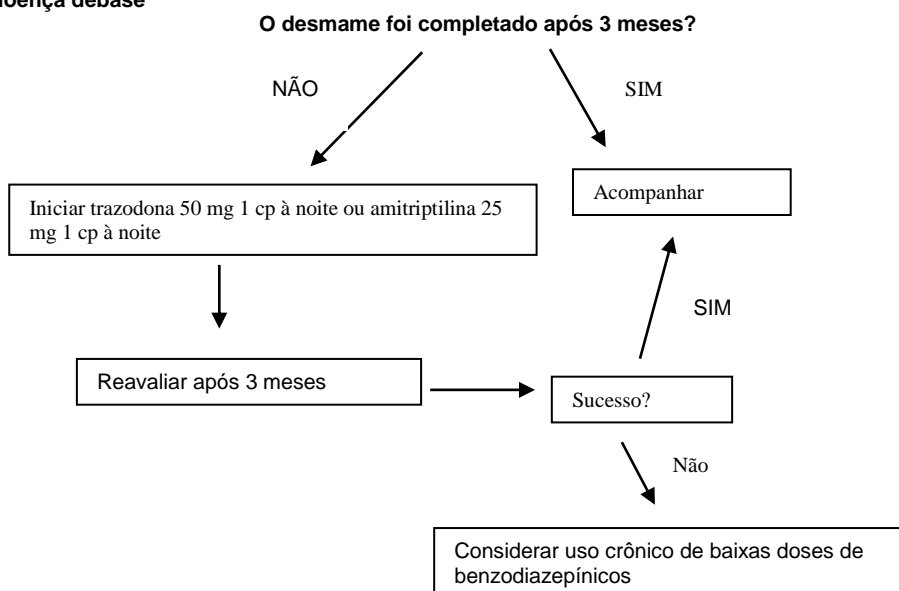
Referências:

KIERLIN, L. Sleeping without a pill: Nonpharmacological Treatments for Insomnia. *Journal of Psychiatric Practice*, v. 14, n. 6, p.403-407, nov. 2008. Disponível em: < http://link.periodicos.capes.gov.br/ez27.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl41?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=infofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rft_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=111006469466324 >. Acesso em: 20 dez 2014.

APÊNDICE D

ABORDAGEM DA DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS

- Trocar o benzodiazepínico por dose equivalente de diazepam segundo a tabela 1
- Reduzir a dose em 25% a cada 1-2 semanas.
- Reavaliar a cada 2 semanas
- Tratar doença de base



Quadro 1 – Doses equivalentes de benzodiazepínicos comuns e drogas z a 5 mg de diazepam

Fármaco	Dose
Diazepam	5 mg
Clonazepam	1 mg
Alprazolam	500 µg
Bromazepam	3 mg
Zolpidem	10 mg

Fonte: LADER, M. Benzodiazepines revisited – will we ever learn? Addiction, v.106, n. 12, 2011.

Referências:

LADER, M. Benzodiazepines revisited – will we ever learn? Addiction, v.106, n. 12, 2011.

NASTASY, H., RIBEIRO, M., A.C.P.R. Abuso e dependência de Benzodiazepínicos. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2008. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf. Acesso em 10 de janeiro de 2015.