

AMAURI MOTA

DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS

CALDAS - MINAS GERAIS

2011

AMAURI MOTA

DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS

Trabalho de conclusão do Curso de Pós-Graduação em Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Programa Ágora (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Professora orientadora: Marília Rezende da Silveira

CALDAS – MINAS GERAIS

2011

AMAURI MOTA

DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPINICOS EM IDOSOS

Trabalho de conclusão do Curso de Pós-Graduação em Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Programa Ágora (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), submetido à aprovação da banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Orientadora: Prof.^a Marília Rezende da Silveira

Prof.^a Maria Dolores Soares Madureira

Belo Horizonte, 18 de abril de 2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu criador, que me deu a oportunidade de viver e aprender a enfrentar todos os obstáculos com dignidade e com a cabeça erguida.

Agradeço este trabalho a minha esposa Fátima e aos meus filhos Caroline e Lucas, que tanto me deram força nas horas de muito trabalho e estudo e, graças a eles, que acreditaram sempre em mim, hoje estou realizando mais um grande sonho..

A todos os outros meus familiares que torceram para que eu alcançasse esse meu objetivo.

A todos os professores e colegas do curso de especialização em atenção básica em saúde da família em especial a minha orientadora, professora Marília Rezende da Silveira pelo apoio e pela força na conquista de mais um degrau rumo ao meu sucesso.

Enfim, a todos que contribuíram direta e indiretamente na realização desse sonho.

RESUMO

Este trabalho de conclusão do curso de especialização em atenção básica em saúde da família teve como objetivo realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o tema “dependência de benzodiazepínicos em idosos”. Foi realizado um levantamento bibliográfico através de pesquisas de literaturas usando as palavras-chave: benzodiazepínicos; dependência; idosos; medicamentos, onde foram levantados nove artigos para ser elaborado este trabalho. Abordamos primeiramente a importância dos textos relacionados sobre os benzodiazepínicos: farmacologia, efeitos colaterais, síndrome de abstinência, tratamentos das dependências, a retirada dos benzodiazepínicos e substituições destes medicamentos por outras medidas terapêuticas ou não. Os resultados apontam que o uso destes medicamentos é potencialmente danoso à saúde dos idosos e que serão necessários programas de educação continuada para que os profissionais das Equipes da Saúde da Família fiquem atentos para avaliarem essa clientela antes de prescrever essa medicação. O paciente, a família e os profissionais de saúde deverão estar bem orientados sobre os efeitos colaterais apresentados pelo paciente ao lado do monitoramento constante. Palavras chave: benzodiazepínicos; dependência; idosos; medicamentos.

ABSTRACT

This work of completing the specialization course in primary health care of the family aimed to make a literature survey has "dependence on benzodiazepines in the elderly." A survey was undertaken through searches of bibliographic literature using the keywords benzodiazepines, dependence, elderly, drugs, where they raised nine articles to be developed under this work first approached the importance of related texts on benzodiazepines: pharmacology, side effects , Withdrawal syndrome, treatment of addictions, withdrawal of benzodiazepines and replacements of these drugs for other therapeutic measures or not. The results indicate that the use of these drugs is potentially harmful to the health of the elderly that will need continuing education programs for professionals from the Family Health Teams stay tuned to assess these clients before prescribing this medication. The patient, family and health professionals should be well informed about the side effects of patient next to the constant monitoring.

Keywords: benzodiazepines; dependence; elderly; drugs.

SUMÁRIO

Introdução, justificativa e objetivo.....	08
Metodologia.....	10
Desenvolvimento.....	11
Resultados.....	16
Discussão dos resultados.....	18
Considerações finais.....	19
Referência.....	21
Anexos.....	22

1. INTRODUÇÃO, OBJETIVO E JUSTIFICATIVA.

Para MEDEIROS (2004) os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais prescritas no mundo. São usados como ansiolíticos e hipnóticos, além de terem ações relaxantes e anticonvulsivantes. Acredita-se que o maior consumo de benzodiazepínicos ocorre em idosos. Atribui-se também o grande uso dos benzodiazepínicos ao elevado índice de stress da população, a introdução de novas drogas, a pressão propagandística realizada pela indústria farmacêutica e hábitos inadequados de prescrição por parte de médicos mal formados em farmacologia (AUCHEWSI, 2004).

Para BERNICK (1999) foi no século XIX que se deu início o uso dos medicamentos para acalmar as pessoas, primeiro foi o bromuro e em seguida os barbitúricos, fármacos que dominaram o tratamento das ansiedades, insônias e epilepsias. Os benzodiazepínicos surgiram nas décadas de 1950/60 com características farmacológicas mais seguras, apresentando baixos riscos de intoxicação e dependência, além da elevada eficácia terapêutica. O Clordiazepóxido foi o primeiro benzodiazepínico lançado no mercado, em 1960 (BERNICK, 1999).

São medicamentos usados em primeira linha para tratar ansiedade, insônia, quadros depressivos, transtornos do pânico, fobias e epilepsias. E seus efeitos colaterais principais são: náuseas, atordoamentos, confusão mental, diminuição da coordenação motora, sedação, sonolência, fadiga, pesadelos e outros. O principal risco desses fármacos é gerar dependência, principalmente em casos de automedicação ou prescritos inadequadamente. (MENDONÇA, 2005).

Nesse contexto situamos os idosos que são particularmente vulneráveis aos efeitos adversos de medicamentos. Ao lado dessa questão convivemos hoje com um processo de transição demográfica mundial e que tem resultado em um marcante fenômeno de envelhecimento populacional, com conseqüências importantes para a área de saúde, principalmente em países em desenvolvimento (LITVOC E BRITO, 2004).

Através de realidade local da equipe de saúde da família em que trabalho onde encontramos muitos idosos em uso crônico de benzodiazepínicos e por este fato achamos importante abordar o tema da dependência de benzodiazepínicos nesta faixa etária, para o trabalho de conclusão (TCC) do Curso de Pós-Graduação em Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Programa Agora (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre o tema “dependência de benzodiazepínicos em idosos”. A sua finalidade foi coletar informações que possam auxiliar os serviços de saúde, principalmente as equipes de saúde de família e as UBS que fazem o atendimento de atenção primária, a reconhecer, orientar, tratar, ou encaminhar ao serviço especializado, o usuário idoso com potencial de desenvolver ou que já apresenta dependência de benzodiazepínicos. Deverá ser elaborado um protocolo para o uso consciente e bem empregado dos benzodiazepínicos nos pacientes idosos da área.

Na minha experiência no local que trabalho, uma unidade de PSF, vê-se que é muito alto o uso regular de benzodiazepínicos, principalmente nos usuários idosos. Tenho procurado realizar um trabalho de conscientização destas pessoas na possibilidade de abandonar o uso de benzodiazepínicos e passar a usar outros medicamentos que não causem dependência ou praticar outras ações, como psicoterapias.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa a partir de uma investigação bibliográfica dos estudos da literatura sobre assunto, desenvolvidos nos últimos 10 anos, tendo como interesse identificar à prática de prescrição dos benzodiazepínicos para a população idosa. Para Silva *et al* (2002) a revisão narrativa constitui-se, essencialmente de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista e na interpretação e análise crítica pessoal do autor. A coleta de dados foi realizada durante os meses de março a junho de 2010, por meio dos portais da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual do CEABSF, usando os descritores: benzodiazepínicos; dependência; idosos; medicamentos. O material didático do CEABSF, textos e livros especializados no tema contribuiu, para o enriquecimento deste trabalho. As bases de dados consideradas foram Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library on Line) e Medline (Literatura Internacional em Ciência da Saúde), sendo selecionados os artigos que abordavam os assuntos relacionados ao objetivo da pesquisa.

Depois do levantamento bibliográfico, os artigos repetidos foram excluídos e posteriormente realizou-se a leitura do resumo dos artigos. Os artigos que não se configuravam com o tema proposto foram descartados. Após a seleção do material realizou-se a leitura exploratória e minuciosa do assunto, fichamentos dos conteúdos de onde foram extraídas as informações necessárias para a construção e desenvolvimento deste trabalho. Os nove artigos selecionados estão apresentados sinteticamente no quadro abaixo, sistematizados em uma matriz composta das seguintes informações: título, autor, ano, objetivo, metodologia, sujeito da pesquisa e principais resultados.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 SOBRE A FARMACOLOGIA

Para NASTASV (2002) os benzodiazepínicos são altamente lipossolúveis, o que lhes permite uma absorção completa e penetração rápida no SNC, após a ingestão oral. A lipossolubilidade é variável entre os benzodiazepínicos: o midazolam e o lorazepam também possuem boa hidrossolubilidade e são agentes seguros para a administração intramuscular. Já o diazepam e o clordiazepóxido são altamente lipossolúveis e por isso têm distribuição errática quando administrados por essa via. Desse modo, a utilização da via intramuscular deve ser evitada para esses.

Estes medicamentos agem no sistema nervoso central (SNC) interagindo com o complexo receptor de benzodiazepínicos-ácido-gama-aminobutírico (GABA) e aumenta a afinidade pelo GABA (MEDEIROS, 2004)..

Os pacientes idosos geralmente respondem a doses mais baixas de benzodiazepínicos do que os pacientes mais jovens.

As vias de metabolização e a meia-vida são aspectos importantes tanto para escolha terapêutica de um benzodiazepínico, quanto para o manejo de intercorrências como intoxicações e síndrome de abstinência. Os benzodiazepínico têm metabolização hepática. O clordiazepóxido é ostensivamente metabolizado. Já o lorazepam e o oxazepam são conjugados diretamente, demandando pouco trabalho hepático, e, portanto, estão indicados para os idosos e hepatopatias (NASTASV, 2002).

Os benzodiazepínicos são classificados, de acordo com sua meia-vida plasmática, como sendo de ação muito curta, curta, intermediária e longa. Apesar dessa divisão, sabe-se hoje que o grau de afinidade da substância pelo receptor benzodiazepínico também interfere na duração da ação.

O midazolam é um benzodiazepínicos de vida-muito-curta de eliminação de eliminação aproximada de 1,5 a 2,5 horas. É um derivado do grupo das imidazobenzodiazepínicos e é hidrossolúvel. Tanto o produto injetável quanto via oral tem um início de ação ansiolítica, hipnótica, relaxante muscular e anticonvulsivante. E logo a

seguida a sua ação ocorre amnésia de curta duração. Nos idosos, nos pacientes renais, nos cirróticos, nos obesos e nos pacientes críticos pode acontecer de ser aumentada a vida-muito-curta de eliminação (NASTASV, 2002).

De vida-curta citamos os benzodiazepínicos: alprazolam, bromazepam, lorazepam, clobazam e estazolam (6 a 20 horas). Em doses baixas doses reduzem seletivamente a tensão e a ansiedade. Em doses elevadas aparecem as propriedades sedativas e relaxantes musculares. Também nos idosos há aumento da vida-curta de eliminação (NASTASV, 2002).

De vida-intermediária damos como exemplos os bendodiazepínicos: clordiazepóxido, clonazepam, diazepam, flunitrazepam e nitrazepam (20 a 45 horas). São os benzodiazepínicos mais usados com propriedades ansiolíticas, sedativas, miorrelaxantes, anticonvulsivantes e efeitos amnésicos (NASTASV, 2002).

De vida-longa temos o flurazepam (até 100 horas). Este medicamento elimina dois metabolitos. O primeiro chama hidroxietilflurazepam que tem meia-vida de aproximadamente uma hora e elimina um outro metabolito ativo N-desalquilflurazepam apresenta meia-vida de eliminação de 40 a 100 horas. Nos idosos também demora mais para ser metabolizado (NASTASV, 2002).

3.2 AS PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

Os benzodiazepínicos possuem cinco propriedades farmacológicas. São sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. Apesar de presentes em qualquer tipo de benzodiazepínicos, algumas propriedades são mais notórias em um do que em outro. Os benzodiazepínicos que tem ações predominantemente ansiolíticas são: clordiazepóxido, diazepam, clonazepam, bromazepam, alprazolam, clobazam, cloxazolame lorazepam Os que têm ações predominantemente hipnóticas são: flunazepam, flunitrazepam, estazolam, midazolam e nitrazepam (NASTASV, 2002).

3.3 OS EFEITOS COLATERIAIS

Apesar de geralmente bem tolerados, os benzodiazepínicos podem apresentar efeitos colaterais, principalmente nos primeiros dias. Desse modo, os pacientes devem ser orientados a não realizarem tarefas capazes de expô-los a acidentes, tais como conduzir automóveis ou operar máquinas. Os principais efeitos colaterais são: sonolência excessiva diurna, confusão mental, amnésia, tonturas, zumbidos, comprometimento da coordenação motora, comprometimento do desempenho do trabalho, diminuição da capacidade de dirigir e operar outras máquinas, tolerância ao medicamento em questão e risco de dependência (MEDEIROS, 2004).

3.4 AS INTERAÇÕES COM OUTRAS DROGAS

Há diminuição da absorção concomitante com os antiácidos. Há aumento da depressão com uso associado de anti-histamínicos, barbitúricos, antidepressivos tricíclicos e etanol. Ocorre aumento do nível de benzodiazepínicos quando há associação com cimetidina, dissulfiram, eritromicina, estrogênios, fluoxetina e isoniazida. Diminui o nível de benzodiazepínicos quando se associa carbamazepina (SPTIZ, 207).

3.5 A TOLERÂNCIA E SINTOMAS DE RETIRADA DOS BENZODIAZEPÍNICOS

Para SPTIZ (2007) é difícil ocorrer o fenômeno de tolerância, que a necessidade do aumento gradual da dose do benzodiazepínico para obter a mesma ação, levando aumento das doses e abuso. Recaída dos pacientes ocorre quando há suspensão do medicamento e há um retorno dos sintomas originais. Rebote com a suspensão dos benzodiazepínicos ocorre um retorno temporário dos sintomas originais, tais como ansiedade ou insônia, mas numa intensidade maior. Abstinência – a abstinência, em contraste com a recaída e o rebote, geralmente inclui sintomas que o paciente não experimentou previamente. A síndrome de abstinência dos benzodiazepínicos inclui: ansiedade, irritabilidade, insônia, tremores, sudorese, anorexia, náuseas, diarreia, desconforto abdominal, letargia, fadiga, taquicardia, hipertensão sistólica, convulsões, delirium.

Para SPTIZ (2007) o processo de retirada dos benzodiazepínicos deve ser sempre feito de forma gradual. Deve-se retirar 50% da dose diária maneira mais rápida, depois retirar mais lentamente 25% e deixar por ultimo a retirada mais lenta ainda dos 25%

restante. Recomenda ainda que deva ser evitado o uso dos benzodiazepínicos concomitante com álcool, pois pode ocorrer depressão do sistema nervoso central. O autor acrescenta que não se justifica o uso de benzodiazepínicos por longos períodos, exceto em situações especiais. Apesar do desconforto inicial, devido à presença da síndrome de abstinência, pacientes que conseguem ficar livres de benzodiazepínicos por pelo menos 5 semanas apresentam redução nas medidas de ansiedade e melhora na qualidade de vida.

Para NASTASY (2002) não se deve esperar que o paciente preencha todos os critérios da síndrome de dependência para começar a retirada, uma vez que o quadro típico de dependência química com marcada tolerância, escalonamento de doses e comportamento de busca pronunciado-não ocorre na maioria dos usuários de benzodiazepínicos, a não ser naqueles que usam altas dosagens e salienta que mesmo doses terapêuticas podem levar à dependência.

Pacientes que não conseguem concluir o plano de redução gradual podem se beneficiar da troca para um agente de meia-vida mais longa, como o diazepam ou clonazepam. Comparado a outros benzodiazepínicos e barbituratos, o diazepam mostrou ser a droga de escolha para tratar pacientes com dependência, por ser rapidamente absorvido e por ter um metabólito de longa duração – o desmetildiazepam – o que o torna a droga ideal para o esquema de redução gradual, pois apresenta uma redução mais suave nos níveis sanguíneos (NASTASY, 2002).

O tratamento da dependência dos benzodiazepínicos envolve uma série de medidas não farmacológicas e de princípios de atendimento que podem aumentar a capacidade de lidar com a síndrome de abstinência e manter-se sem os benzodiazepínicos (NASTASY, 2002).

O melhor local para combatermos o uso dos diazepínicos e conseqüentemente as futuras crises de abstinências dos mesmos é usar o ambulatório de trabalho, pois leva a maior engajamento do paciente e possibilita que tanto mudanças farmacológicas quanto psicológicas possam ocorrer ao mesmo tempo.

Suporte psicológico deve ser oferecido e mantido tanto durante quanto após a redução da dose, incluindo informações sobre os benzodiazepínicos, promoção de medidas não farmacológicas para lidar com a ansiedade.

Nesta fase o paciente deve receber um estímulo para o aumento da capacidade de lidar com estresse sem os benzodiazepínicos bem como ênfase na melhora da qualidade de

vida. Deve-se oferecer apoio psicossocial, treinamento de habilidades para sobrepujar a ansiedade, psicoterapia formal e psicofarmacoterapia de estados depressivos subjacentes.

4. RESULTADOS

A busca inicial, a partir dos termos diretamente relacionados ao tema resultou em 16 artigos. Realizando o cruzamento com as palavras-chave: benzodiazepínicos; dependência; idosos; medicamentos foram encontrados 13 artigos. Posteriormente foi realizadas leituras dos resumos dos artigos e descartados os que não se configuravam com o tema proposto. No total restaram nove artigos. Os artigos selecionado estão apresentados sinteticamente no quadro 1.

Apesar da discussão com os pacientes os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos, não foi suficiente para diminuir o uso dos mesmos.

Artigo estudado mostra que após estudo de vários artigos sobre o tema, foi elaborada uma diretriz para evitar o abuso de prescrição dos benzodiazepínicos.

Ficou claro após estudos dos artigos que o sexo feminino predominou no uso dos benzodiazepínicos e também que existem influencias de fatores culturais e sociais e no uso destes fármacos.

Quadro 1

Titulo do artigo	Autor e ano	Objetivos do estudo	Metodologia	Sujeitos da pesquisa	Resultados
Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos	Auchewski, L; Andreatini, R; Galduroz, J,C,; Lacerda, B 2004	Estudo dos efeitos colaterais dos benzodiazepínicos	Foi aplicado um questionário nos voluntários	0125 pacientes voluntários adultos masculino e femininos	Verificou-se que as orientações aos pacientes sobre os efeitos colaterais não foram fixadas
Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais	Nordoni, D,G; Hubner, C.V.K; 2009	O objetivo foi verificar como são prescritos os benzodiazepínicos pelos clínicos gerais	Foi realizado uma revisão de literatura encontrada em www.bireme.br	Prescrição dos clínicos Gerais de uma unidade básica de saúde	Depois de estudar 336 artigos relacionados ao tema, foram selecionados somente aos relacionados a prescrição dos clínicos gerais
Diretriz sobre Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos	Nastasy,H; Ribeiro, M; Marques,A, CP,R. 2002	Auxiliar o médico a reconhecer e tratar os casos de dependência de benzodiazepínicos	Foram estudados nove textos de especialistas em tratamento mental	Especialista em tratamento de saúde mental	Com o estudo dos referidos textos foi elaborado a devida diretriz
Prescrição de benzodiazepínicos em centro de atenção primária à saúde na	Medeiros, P,V. 2004	Avaliar a prevalência de uso de benzodiazepínicos em atenção	Estudo transversal, em um posto de saúde de Florianópolis	Pacientes maiores de 19 anos de uma posto de saúde de	Foram estudados 968 pacientes, predomínio do sexo feminino. O benzodiazepínico

cidade de Florianópolis.		primária à saúde.		Florianópolis	mais usado foi o diazepam.
O Uso dos Benzodiazepínicos na Prática Clínica	Spitz, L; Brasil, M.A. 2007	Orientar sobre o uso dos benzodiazepínicos	Revisão bibliográfica	Usuários da atenção básica	Com orientação e dicas, consegue-se melhorar a prescrição dos benzodiazepínicos
Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiências	Bernik, M.A. 1999	Livro sobre a experiência com diazepínicos	Revisão da literatura de quatro décadas sobre benzodiazepínicos	Estudo da literatura sobre o tema	O livro condensa os resultados de inúmeras pesquisas realizadas em 4 décadas de experiência com os benzodiazepínicos.
O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas	Mendonça, R.T; Carvalho, A.C.D 2005	Mostrar as concepções dos autores sobre benzodiazepínicos e a interação de fatores biológicos, sociais e culturais envolvidos na dependência destes medicamentos	Entrevista com 18 mulheres idosas, pacientes psiquiátricas de um centro de saúde mental	Mulheres idosas, pacientes psiquiátricas	Mostrou-se que o consumo são singulares e não se restringem a uma real ação biológica de seus efeitos, mas incluem a influência de fatores culturais e sociais.
O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos	Huf, G; Lopes, C.S; Rozenfeld, S; 2000	O objetivo foi fazer um levantamento do uso de benzodiazepínicos entre a população idosa do centro de convivência.	Inquérito em idosas de um centro de convivência de idosos	Idosas com mais de 60 anos do centro de convivência de idosos	Algumas idosas se recusaram a responder o questionário e das que responderam, mostrou-se que o percentual de uso dos benzodiazepínicos foram semelhantes a outros estudos.
Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde	Litvoc, j; Brito, F,C 2004	O livro constitui-se como material técnico-científico para estudantes e professores da área de saúde que necessitam conhecer conceitos e especificidades da abordagem da saúde do idoso	Escrito com a experiência de vários especialistas sobre o tema idoso.	Estudo da literatura sobre o tema	Transmitir conhecimentos sobre o envelhecimento.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após análise dos resultados encontrados na literatura, percebe-se que a prevalência do uso de benzodiazepínicos na população idosa é alta, mas (HUF et al, 2000) observaram uma prevalência menor (7,4%) em centro de convivência para mulheres idosas, evidenciando a importância do lazer, do convívio social e das atividades em grupo nesta faixa etária. O estudo evidencia também que o uso indiscriminado e excessivo desses fármacos pode expor os pacientes a efeitos adversos desnecessários e interações medicamentosas potencialmente perigosas.

O uso de benzodiazepínicos de forma continuada, não apresenta indicação clínica, os efeitos colaterais são expressivos nesta faixa etária, trazem mais prejuízo do que benefício, devendo, portanto ser evitado na prescrição médica.

Considerando os resultados apresentados nos artigos pesquisados infere-se que o uso dos benzodiazepínicos em idosos pode causar instabilidade postural e conseqüentemente quedas, piora na cognição, incontinência urinária entre outros problemas. Nesse sentido os profissionais das Equipes do PSF devem estar atentos e sempre avaliarem esta clientela antes de prescrever essa medicação. O paciente e a família deverão sempre estar bem orientados sobre os efeitos colaterais apresentados pelo paciente. O monitoramento a essa clientela deve ser constante.

Pode-se inferir também, que na maioria dos casos, a síndrome de dependência aos benzodiazepínicos instala-se insidiosamente ao longo de anos. Geralmente, os pacientes são tratados cronicamente por causa de algum sintoma ansioso ou queixa de insônia.

Os estudos revelaram ainda que quando se tenta retirar o benzodiazepínico, os sintomas de abstinência são interpretados pelos médicos como indício de piora do quadro clínico, levando-os a restituírem a medicação. Nesse intervalo de tempo, o paciente desenvolve tolerância aos efeitos farmacológicos, sendo necessário aumentar a dose do benzodiazepínico e, portanto perpetuando o processo de dependência. Conseqüentemente, o paciente passa a incorporar a medicação em todas as suas atividades sociais e profissionais, desenvolvendo novas crenças, expectativas e atitudes que reforcem a manutenção deste círculo vicioso. Quando se constata, que o paciente desenvolveu uma grave dependência e resolve-se iniciar um esquema de redução gradual do

benzodiazepínico já é tarde demais, em virtude da complexidade de tratar esse tipo de dependência.

Portanto, os autores dos artigos pesquisados pontuam que antes de prescrever algum benzodiazepínico, para tratar ou proporcionar alívio sintomático dos pacientes com estados ansiosos e insônia, deve-se procurar alternativas terapêuticas, tais como: a) Agentes farmacológicos que não pertencem a classe dos benzodiazepínicos (antidepressivos, buspirona e hidroxizina); b) Intervenções psicossociais, tais como as psicoterápicas (por ex. terapia cognitivo-comportamental, treinamento de relaxamento e treinamento de assertividade) e grupos de auto-ajuda; c) Combinações de intervenções farmacológicas e psicossociais.

A ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, já possui um Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) que realiza a escrituração eletrônica em um programa de computador fornecido pela própria ANVISA, que gerenciará tanto a entrada de notas (medicamentos) bem como o registro das receitas. E através da Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, onde estão incluídos os benzodiazepínicos. Com a adoção destas medidas, passou-se a obter maior controle sobre a prescrição e dispensação destes medicamentos (ANVISA, Ministério da Saúde).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que o consumo dessas substâncias de maneira contínua e crônica é potencialmente danoso à saúde, e afirma que o conhecimento dos fatores que influenciam o início e a continuação do uso é incompleto. O que preconiza a literatura pesquisada é que o tratamento deve ser iniciado em baixa dosagem, e o paciente instruído do potencial de abuso do medicamento. A extensão aproximada da terapia deve ser decidida no início do tratamento, e a necessidade de continuar a terapia deve ser reavaliada periodicamente, em razão dos problemas associados com seu uso em longo prazo.

Podemos acreditar que são necessários programas de educação médica continuada que consigam conscientizar os profissionais de saúde, fazendo com que estes funcionem como vetores de uma utilização mais racional dessas drogas, evitando a ocorrência de prescrições

iatrogênicas e permitindo o uso de outras drogas mais eficazes, e principalmente, a realização de outras abordagens não farmacológicas, como intervenções psicossociais.

Paralelamente, sugere-se a realização de estudos através de inquéritos populacionais para identificação dos usuários de benzodiazepínicos, mas principalmente no que concerne ao acompanhamento desses pacientes ao longo do tempo, na identificação de todos os fatores envolvidos na prescrição e consumo desses medicamentos.

Esta pesquisa bibliográfica contribuiu muito para aumentar meus conhecimentos sobre o tema e com isto aperfeiçoar a minha atividade profissional na atenção básica da equipe de saúde da família na perspectiva de oferecer melhores condições de vida aos usuários idosos da área de abrangência sob minha responsabilidade.

7. REFERÊNCIA

- 1.) BRASIL, Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1988. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília. 1º de fevereiro de 1999. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm. Acesso em 20 de maio de 2010.
- 2.) AUCHEWSKI, L et al. **Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos** – Revista Brasileira de Psiquiatria 2004;26, 24-31.São Paulo - SP
- 3.) BERNICK, M. A. et al. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiências**. São Paulo – SP - EDUSP, 1999.
- 4.) CORRÊA, E. J.: VASCONCELOS, M.: SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009. 96p. il.
- 5.) HUF, G; LOPES, C.S; ROZENFELD, S, **O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência por idosos**. Rio de Janeiro – RJ, 2000.
- 6.) LITVOC, et al.. C., **Envelhecimento – prevenção e promoção da saúde**. São Paulo, SP, Atheneu, 2004. 1-16.
- 7.) MEDEIROS, P, V, **Prescrição de benzodiazepínicos em Centro de Atenção Primária à saúde da cidade Florianópolis**, 2004.
- 8.) MENDONÇA, R.T; CARVALHO, A.C, **O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas**, Ribeirão Preto, 2005
- 9.) NORDON, D.G; HUBS, C.V.K, **Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais**, São Paulo – SP, 2009.
- 10.) NASTASY H, RIBEIRO M; MARQUES A. C. P. R, **Diretriz de “Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos”** da Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, RJ, 2002.
- 11.) SPITZ, L; BRASIL, M. A.. **O Uso dos Benzodiazepínicos na Prática Clínica**. Revista Residência Médica, Rio de Janeiro, RJ, Volume 10, 2007.

8. ANEXOS

Tabela 1 – Benzodiazepínicos

Nome	Nome Comercial	Apresentação
Alprazolam	Alfron, Alprazolam, Altrox, Apraz, Constante, Frontal, Frontal XR, Neozolan, Traquinal, Zoldac	Comp. 0,25, 05, 1 e 2mg
Bromazepam	Bromalix, Bromazepam, Bromopirin, fluxtar, Lexotan, neurilan, novazepam, relaxil, somalium	Comp. 3 e 6 mg
Clobazam	Frisium e Urbanil	Comp. 10 e 20 mg
Clonazepam	Clonazepam, clonotril, Clopam, Epileptil, Navotrax, Rivotril	Comp. 0,25, 0,5 e 2mg Gotas 2,5m/ml
Clorazepato	Tranxilene	Cap. 5, 10 e 15 mg
Clordiazepóxido	Psicosedin	Comp. 10 e 25 mg Ampola 100 mg
Cloxazolam	Anoxolan, Cloxazolam, Clozal, Elum, Eutonic, Olcadil	Comp. 1, 2 e 4 mg
Diazepam	Ansilive, Camociteno, Compaz, Dialudon, Diazefast, Diazepam, Dienpax, Kiatrium, Menostress, Moderine, Somaplus, Unidizepax, valium	Comp. 5 e 10 mg Ampola 10 mg
Flunitrazepam	Rohydorm, Rohypnol	Comp. 1 e 2 mg
Flurazepam	Dalmadorm	Comp. 30 mg
Lorazepam	Ansirax, Lorapan, Lorax, Lorazefast, Lorazepam, Max-pax, Mesmerin	Comp. 1 e 2 mg
Midazolam	Dormire, dormiun, Dormonid, Hipnazolam, Induson, Midadorm, Midazolam, Zolidan	Comp. 7,5, 15 mg Sol.oral 2mg/ml Amp. 5mg, 15, 50 mg
Nitrazepam	Nitrapan, Nitrazepol Sonebon	Comp. 5mg
Fonte: ANVISA – Portaria 344, lista de medicamentos notificação B1.		