

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - MEC
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR - SESu/MEC
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA EM
SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS ADITIVOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
Programa de Orientação e Acompanhamento para a Prescrição de
Benzodiazepínicos e Drogas Z na Atenção Primária à Saúde

Karen Lobo Anicet
Orientadora: Prof. Dra. Anne Orgler Sordi

Porto Alegre, outubro de 2022.

KAREN LOBO ANICET

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
Programa de Orientação e Acompanhamento para a Prescrição de
Benzodiazepínicos e Drogas Z na Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos

Orientadora: Prof. Dra. Anne Orgler Sordi

Porto Alegre, outubro de 2022.

CIP - Catalogação na Publicação

Anicet, Karen Lobo

Programa de Orientação e Acompanhamento para a Prescrição de Benzodiazepínicos e Drogas Z na Atenção Primária à Saúde / Karen Lobo Anicet. - 2022.

58 f.

Orientadora: Anne Orgler Sordi.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. benzodiazepínicos. 2. drogas z. 3. dependência. 4. prescrição. 5. atenção primária à saúde. I. Sordi, Anne Orgler, orient. II. Título.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, sob orientação da Prof. Dra. Anne Orgler Sordi

Aprovada por:

Prof. Dra. Anne Orgler Sordi – MPAD/HCPA
Presidente

Prof. Dra. Lísia Von Diemen

Prof. Dra. Maria Paz Hidalgo

Prof. Dra. Jéssica Prudente (Membro externo)

AGRADECIMENTOS

Manuela Santo por sua ajuda fundamental na edição dos vídeos.

Michelle Carvalho por me incentivar a tentar e pelo apoio logístico.

Jorge, Rebeca e Henrique pela paciência e ensino tecnológico.

Meus pais Renato e Tânia por estarem junto.

RESUMO:

Os benzodiazepínicos estão entre as medicações psiquiátricas mais prescritas ao redor do mundo. Uma outra classe de medicação, as drogas Z, hipnóticos não benzodiazepínicos, tiveram um aumento exponencial nas prescrições. Inicialmente, as Drogas Z pareciam causar menos dependência e efeitos adversos. Hoje em dia, existem relatos de abuso, de dependência e de outros efeitos adversos. Os protocolos existentes orientam o uso destas medicações por um curto período, mas prescrições de longo prazo continuam acontecendo. É preciso avaliar o consumo e as indicações destes fármacos antes de prescrever, pois a dependência pode ocorrer em doses próximas à dose terapêutica. O Brasil é o líder mundial dos transtornos de ansiedade e tem a Atenção Primária à Saúde como principal ponto de acesso ao tratamento. Dela provém a maior parte das prescrições de benzodiazepínicos e de drogas Z. O médico, como responsável pela prescrição, deve avaliar e orientar o paciente para evitar a síndrome de dependência. (Madruga et al., 2019; Votaw et al., 2019; AMB, 2013)

O objetivo do Programa de Orientação e Acompanhamento para a Prescrição de benzodiazepínicos e de drogas z na Atenção Primária a Saúde é orientar a prescrição e o uso racional de benzodiazepínicos e drogas Z. Além disso, auxiliar no monitoramento e no gerenciamento do uso, no manejo da desintoxicação ambulatorial e na psicoeducação dos pacientes.

O Programa foi desenvolvido a partir de uma revisão narrativa da literatura nas principais bases de dados disponíveis e de manuais das Associações Psiquiátricas internacionais. Essa revisão originou 4 vídeos educativos dirigidos aos médicos da Atenção Primária, uma ficha de acompanhamento dos pacientes usuários destas medicações e um folheto psicoeducativo para os pacientes. Os vídeos possuem uma duração total de aproximadamente 20 minutos, distribuídos em 4 módulos. Após a confecção do material audiovisual, foi realizado um piloto da implementação do programa com 3 médicos clínicos da atenção primária que utilizaram o material durante 30 dias e responderam a um questionário com o objetivo de avaliar o programa.

O Programa mostrou-se promissor, inovador e bem avaliado pelos profissionais que participaram do projeto. Em relação à aplicabilidade e eficácia, será necessário ampliar o número de médicos e pacientes que utilizam o programa, bem como o tempo de implementação.

Palavras-chave: hipnóticos, ansiolíticos, dependência, abstinência, efeitos adversos

ABSTRACT:

Benzodiazepines are among the most prescribed psychiatric medications around the world. Another class of medication, the Z drugs, non-benzodiazepine hypnotics, has seen an exponential increase in prescriptions. Initially, the Z Drugs caused less addiction and adverse effects. Today, there are reports of abuse, addiction and other adverse effects. Existing protocols guide the use of these medications for an abbreviated period, but long-term prescriptions continue to occur. It is necessary to evaluate the consumption and indications of these drugs before prescribing, as dependence can occur at doses close to the therapeutic dose. Brazil is the world leader in anxiety disorders and has Primary Health Care as the main access point to treatment. Most of the prescriptions for benzodiazepines and Z drugs come from it. The physician, as responsible for the prescription, must evaluate and guide the patient to avoid the dependence syndrome. (Madruga et al., 2019; Votaw et al., 2019; AMB, 2013)

The Guidance and Monitoring Program for Prescription of Benzodiazepines and Z-drugs in Primary Health Care aims to guide the prescription and rational use of benzodiazepines and Z-drugs. The program also wants to help monitoring and management outpatient detoxification and psychoeducation.

The Program was developed from a narrative review of the literature in the main available databases and manuals from international Psychiatric Associations. This review originated four educational videos aimed at primary care physicians, a follow-up sheet for patients using these medications and a psychoeducational leaflet for patients. The videos have a total duration of approximately 20 minutes, distributed in four modules. After the production of the audiovisual material, a pilot of the implementation of the program was conducted with three primary care clinicians who used the material for 30 days and answered a questionnaire to evaluate the program.

The program proves to be promising, innovative and well evaluated by the professionals who participated in the project. Regarding applicability and effectiveness, it will be necessary to increase the number of doctors and patients using the program, as well as the implementation time.

Keywords: hypnotics, anxiolytics, withdrawal, adverse effects

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma das etapas do projeto.....	página 21
Figura 2: Ficha de acompanhamento.....	página 31
Figura 3: Folheto psicoeducativo.....	página 32

LISTA DE ABREVIATURAS

AMB: Associação Médica Brasileira

APS: Atenção Primária à Saúde

BZD: benzodiazepínicos

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

GABA: Ácido Gama-aminobutírico

OMS: Organização Mundial da Saúde

SNC: sistema nervoso central

UBS: Unidade Básica de Saúde

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO.....	11
1.1.Um Breve Histórico e Epidemiologia dos BZD e das Drogas Z.....	11
1.2.Aspectos farmacológicos dos BZD e das Drogas Z.....	12
1.3.Indicações de uso dos BZD e das Drogas Z.....	13
1.4.Riscos Associados ao uso de BZD e das Drogas Z.....	13
1.5.Cuidados necessários na prescrição de BZD e de Drogas Z.....	14
1.6.Manejo na Retirada de BZD ou das Drogas Z.....	15
2.JUSTIFICATIVA.....	17
3.OBJETIVOS.....	19
3.1.Geral.....	19
3.2.Específicos.....	19
3.2.1.Material educativo para os médicos.....	19
3.2.2.Instrumento para o acompanhamento da prescrição.....	19
3.2.3. Material psicoeducativo para os pacientes.....	19
4.MÉTODO.....	20
4.1.Revisão da literatura.....	20
4.2.Videoaulas.....	20
4.3.Folheto psicoeducativo e ficha de acompanhamento.....	20
4.4.Piloto de implementação	21
5.RESULTADOS.....	22
5.1.Videoaulas.....	22
5.1.1.Videoaula 1.....	22
5.1.2.Videoaula 2.....	23
5.1.3.Videoaula 3.....	28
5.1.4.Videoaula 4.....	29
5.2.Ficha de acompanhamento.....	31
5.3.Folheto psicoeducativo.....	32
5.4.Implementação.....	33
6.DISSCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	34
7.PERSPECTIVAS FUTURAS.....	35
8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

9.ANEXOS E APÊNDICES:.....	38
9.1.Questionário de avaliação do Programa de Orientação e Acompanhamento para Prescrição de Benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde.....	38
9.2.Livreto informativo para os médicos.....	39

1.INTRODUÇÃO:

1.1.Breve Histórico e Epidemiologia dos BZD e das Drogas Z:

Os benzodiazepínicos são medicamentos que foram sintetizados no final da década de 1950. Vieram com o intuito de serem mais seguros do que os antigos barbitúricos por apresentarem menos depressão do sistema nervoso central (SNC). O risco potencial de causarem dependência já está bem caracterizado desde a segunda metade da década de 1960. Foram realizadas campanhas de saúde pública nos anos 1970 para que o uso de benzodiazepínicos fosse reduzido. Desde os anos 1980, inúmeros protocolos têm sido publicados com a recomendação de usar os benzodiazepínicos, quando indicados, por até 4 semanas. (AMB, 2013; Votaw et al, 2019)

Segundo dados do ministério da saúde de 2004, cerca de 5,6% das pessoas já fizeram ou fazem uso de benzodiazepínicos no Brasil. Outro estudo mais recente, mostra uma taxa de 6,1% de uso no benzodiazepínicos no Brasil semelhante ao que acontece na França e no Canadá. Isso significa que há mais de 13 milhões de brasileiros usuários de benzodiazepínicos. A incidência do uso a longo-prazo de benzodiazepínicos na América do Norte e na Europa é estimada entre 0,4 e 6% com maiores taxas entre os pacientes com mais de 65 anos. (Votaw et al., 2019; Madruga et al., 2019)

Nos anos 1990, surgiu uma outra classe de medicações hipnóticas conhecidas como drogas Z (Zolpidem, Zopiclona e Zaleplon). São fármacos hipnóticos não-benzodiazepínicos que têm um modo de ação similar, mas são quimicamente diferentes. O zolpidem é o principal representante e o mais estudado. Inicialmente, foram desenvolvidos para o tratamento da insônia sem os efeitos diurnos dos benzodiazepínicos. No entanto, nos últimos anos, entraram para a lista das medicações potencialmente inapropriadas para os idosos por causarem prejuízo cognitivo e de memória no dia seguinte ao uso. Dados mais recentes indicam que o uso de drogas Z a longo prazo apresenta os mesmos riscos de desenvolvimento de tolerância e de dependência do que os benzodiazepínicos. Riscos maiores parecem ocorrer em pacientes com novas prescrições ou em aumentos de doses. (Scharner et al., 2021; Donnelly et al., 2017)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que houve um aumento global na prescrição dos benzodiazepínicos e drogas Z, causando danos evitáveis para os indivíduos e gastos excessivos para os sistemas de saúde. Isso significa que eles são um problema emergente de saúde pública pela possibilidade de abuso, dependência e aos riscos associados como declínio cognitivo, quedas, fraturas e tentativas de suicídio. Um dos fatores de risco mais consistentes no desenvolvimento de dependência de benzodiazepínicos é o fato de ter recebido a prescrição destes para uma patologia psiquiátrica. Isto, geralmente, ocorre pelo desconhecimento do

paciente de que aumentar as doses prescritas por conta própria pode ser uma indicação de tolerância e, conseqüentemente, de dependência. Usar uma quantidade maior do que a prescrita é mais comum do que usar a medicação para se sentir intoxicado. (Votaw et al, 2019; de Souza & Machado-De-Sousa, 2017; Kurko et al., 2015; Marsden et al., 2019)

1.2. Aspectos farmacológicos dos BZD e das Drogas Z:

Os benzodiazepínicos possuem uma estrutura molecular constituída de anéis de benzeno fundidos com anel diazepínico de sete membros. Ligam-se ao receptor GABA (ácido gama-aminobutírico) em três receptores específicos de benzodiazepínicos, que abre os canais de cloro e reduz a taxa de disparos neuronais e musculares. Isso significa que aumenta o efeito da inibição GABAérgica no sistema nervoso central (SNC), provocando efeitos ansiolíticos, miorrelaxantes, hipnóticos e anticonvulsivantes pela ampla distribuição tecidual destes receptores. Devido à alta lipossolubilidade, eles penetram facilmente no SNC, principalmente quando administrados por via oral. Sua via de metabolização é hepática. Os benzodiazepínicos têm eficácia semelhante e com duração de efeitos diferentes. Eles podem ter curta ação quando o efeito dura menos do que 12 horas. Seus representantes são o alprazolam, o bromazepam e o lorazepam. Outros benzodiazepínicos têm ação intermediária, entre 12 e 24 horas e são representados pelo clonazepam e pelo diazepam. Os BZD de longa ação têm um efeito maior do que 24 horas e são representados pelo cloxazolam, clobazam e flurazepam. Há fármacos que tem uma meia-vida em torno de 2 horas e outros chegam a ter uma meia-vida de até 120 horas. Saber o tempo de ação, a meia-vida e a formação de metabólitos ativos é importante na prática clínica, pois podem guiar a escolha e orientar a retirada. (Costa et al., 2020; Katzman et al., 2014; Diehl et al., 2011; Thibaut, 2017)

As drogas z (Zolpidem, Zopiclona, Zaleplon, Ezopiclona) são hipnóticos não benzodiazepínicos que aumentam a transmissão do GABA nos receptores GABA tipo A como os BZD. Têm um início de ação rápido e uma meia-vida entre 1 e 7 horas. O Zolpidem é o principal representante e o mais estudado. O Zopiclone que tem a maior duração de ação, apresenta mais efeitos residuais, semelhante aos BZD de curta ação. (AMB, 2013; Brandt & Leong, 2017)

1.3. Indicações de uso:

Os benzodiazepínicos são prescritos para diversas patologias psiquiátricas como ansiedade generalizada, fobia social, transtorno de sono, transtorno do pânico, como adjuvantes nos transtornos de humor e transtornos psicóticos. Podem ser indicados no início dos tratamentos

para aliviar sintomas agudos enquanto se aguarda o efeito das demais medicações (antidepressivos ou antipsicóticos). Ainda podem ser usados para tratamento e desintoxicação de outras drogas. Os benzodiazepínicos têm propriedades sedativo-hipnóticas diminuindo a latência para o sono, aumentando o tempo total de sono e diminuindo os despertares. (Lynch et al., 2020; AMB, 2013)

As drogas Z são aprovadas apenas para o tratamento da insônia. (Sirdiefild et al, 2013; AMB, 2013)

1.4. Riscos associados ao uso de BZD e Drogas Z:

Os benzodiazepínicos apresentam efeitos colaterais que devem ser levados em conta na hora da prescrição. São eles: sonolência, piora da coordenação motora fina, amnésia anterógrada, tontura, zumbidos, perda de equilíbrio, agressividade, desinibição e embotamento afetivo. Além disso, existem evidências de que benzodiazepínicos administrados após eventos traumáticos possam ocasionar desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático. Isso, talvez pela consolidação de memórias de eventos prévios a administração da droga, pois a sedação bloquearia a formação de novas memórias. O uso prolongado parece predispor a prejuízos cognitivos. Outro efeito colateral importante é o chamado efeito paradoxal caracterizado por desinibição, agitação e agressividade que pode ocorrer em menos de 1% das vezes. Eles também estão associados a quedas com fraturas e acidentes de trânsito. (Diehl, Cordeiro, et al., 2011, Dependência química; Lynch, T., 2020)

Alguns fatores de risco para abuso e/ou dependência estão bem estabelecidos como sexo feminino, comorbidades clínicas ou psiquiátricas, idade avançada, baixo nível socioeconômico. Mulheres com mais de 50 anos representam a maior fatia dos usuários destas substâncias. Elas utilizam benzodiazepínicos em uma proporção 2 vezes maior que os homens em associação a quadros de insônia ou queixas físicas. Em relação aos idosos, deve-se prestar atenção ao fato de que idade avançada e uso de doses terapêuticas diárias por mais de 4 meses aumentam o risco de toxicidade, déficit cognitivo e desenvolvimento de dependência. Além disso, a maior parte dos idosos usam benzodiazepínicos de meia-vida longa. Isso é relevante, porque o próprio envelhecimento apresenta mudanças fisiológicas que podem alterar a concentração dos medicamentos. Estima-se que cerca de 50% dos idosos tomam pelo menos uma medicação potencialmente inapropriada. Isso significa um risco aumentado de efeitos adversos, síndromes geriátricas, hospitalização e mortalidade. (Reeve, E., 2015; Kurko, 2015; Votaw et al., 2019; Madruga et al., 2019; Pollmann, A., 2015)

1.5. Cuidados necessários na prescrição de BZD e Drogas Z:

A Atenção Primária à Saúde geralmente é primeiro ponto de acesso das pessoas que buscam atendimentos na área da saúde. O principal foco é promover a saúde das pessoas de maneira integral através de medidas preventivas, tratamentos de doenças agudas ou crônicas e cuidados paliativos. Numa estrutura de saúde baseada desta forma, acredita-se que 80% dos problemas de saúde das pessoas são resolvidos neste ponto. Ela também inclui os principais elementos de saúde e segurança sanitária através de medidas como engajamento comunitário e prescrição racional. [Atenção primária à saúde - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde \(paho.org\)](http://paho.org)), (de Souza I, 2017)

O Brasil é o líder mundial em transtornos de ansiedade e, sendo assim, a APS é responsável por atender as demandas da população. Assim, a maior parte das prescrições de benzodiazepínicos ou drogas Z vêm deste ponto de atenção. A busca por um alívio rápido dos sintomas, muitas vezes incapacitantes, se faz através de receitas continuadas. Os pacientes tendem a buscar mensalmente suas receitas por muitos anos. (AMB,2013)

Os BZD são medicações prescritas em receituário especial tipo B e vendidas mediante retenção da receita. Isso ocorre porque têm risco aumentado no desenvolvimento de dependência, desta forma, a caixa da medicação vem com uma tarja preta. As tarjas das embalagens dos remédios auxiliam a visualização do risco que um remédio pode oferecer. As drogas Z, quando aprovadas para comercialização, foram classificadas com um risco menor de dependência e a maior parte delas é vendida no receituário especial em duas vias como os antidepressivos onde consta a identificação do paciente. (Gov.br)

Os clínicos da atenção primária sentem que a decisão de prescrever benzodiazepínicos é uma tarefa complexa e que envolve muitas variáveis, incluindo a percepção individual dos prescritores, sua formação e os sentimentos dos pacientes em relação ao impacto negativo tanto dos sintomas, quanto da retirada dos medicamentos. Apesar de existirem diversos tratamentos disponíveis para transtornos de ansiedade e para a insônia, incluindo tratamentos não farmacológicos e o uso de outros fármacos que não causam dependência, muitas vezes o prescritor acaba escolhendo os benzodiazepínicos por proporcionarem um alívio imediato dos sintomas (Katzman et al., 2014; Votaw et al., 2019; Sirdifield et al., 2013).

Tanto os benzodiazepínicos quanto as drogas Z são fármacos que apresentam efeitos rápidos e, por este motivo, permanecem como uma das medicações mais prescritas no mundo. Pacientes usuários de benzodiazepínicos tendem a buscar mensalmente suas receitas por longos períodos. Isso é o chamado uso inapropriado, ou seja, o uso do fármaco apesar de um risco aumentado de efeitos adversos ou o uso deste em vez de outra intervenção baseada em evidência

com igual ou maior efetividade. Vários problemas e efeitos adversos têm sido associados a esses fármacos tanto no uso a curto prazo, quanto em situações de uso continuado ou quando necessário. Entre eles, tolerância, abuso e dependência que ocasionam acidentes de trânsito, quedas e fraturas, pancreatite, letargia, sonolência, déficit cognitivo. (Reeve, E., 2015)

Os problemas decorrentes dos comportamentos inapropriados de prescrição causam impacto significativo nos gastos em recursos de saúde e previdência. Sendo assim, é necessário intervir em várias frentes, incluindo aprimoramento do conhecimento dos médicos da APS quanto à prescrição racional destas medicações e fornecendo psicoeducação aos pacientes quanto aos efeitos e riscos advindos do uso de benzodiazepínicos. (Votaw, 2019; Guina & Merrill, 2018; Lin et al., 2020)

1.6. Manejo na retirada de BZD ou drogas Z:

O processo de retirada dos benzodiazepínicos e das drogas z é complexo e envolve fatores relacionados aos prescritores e aos pacientes. A atitude do prescritor frente a essas medicações, como déficits no conhecimento especializado em relação a prescrição destes fármacos ou receber o paciente que já vem usando sedativos/hipnóticos e não abordar a patologia de base, podem favorecer a cronicidade do uso. Em relação aos pacientes, verificou-se que eles discordam da interrupção dos benzodiazepínicos em função do medo de que os sintomas retornem, das experiências de abstinência e da impressão de que as alternativas são ineficazes. Tanto o uso prolongado, quanto a retirada destas medicações, podem causar sintomas incapacitantes com potencial impacto negativo em várias áreas da vida da pessoa. Por isso, em casos mais severos, o processo de retirada dos benzodiazepínicos e das drogas-Z pode se estender por 6 a 18 meses ou mais. A retirada é um processo colaborativo e de suporte para identificar, modificar e retirar as medicações inapropriadas. Ainda faltam dados consistentes na literatura para que as estratégias adotadas neste processo de retirada possam ser replicadas na prática clínica.(Guina & Merrill, 2018; Pollmann et al., 2015).

Os clínicos gerais geralmente relatam uma dificuldade de conduzir a retirada das medicações inapropriadas. Existem muitos manuais que indicam como iniciar as medicações, mas muito poucos que indicam como retirar, seja do ponto de vista do médico ou do paciente. Isto resulta em retomada do uso em até seis meses para cerca de 27% dos pacientes. Envolver o paciente na tomada de decisão em relação à descontinuação das medicações inapropriadas através de uma relação médico-paciente positiva parece ser benéfico. O médico clínico geral precisa estar engajado para que a retirada possa acontecer com sucesso. O médico gerencia o processo, mas ele pertence ao paciente. (Reeve et al., 2014; Sirdifield et al., 2013)

As intervenções já avaliadas variam desde intervenções breves (cartas, informações de autoajuda ou consultas breves com profissionais da saúde especificamente para retirada ou diminuição das medicações de uso prolongado) até processos mais complexos que envolvem psicoterapia cognitivo-comportamental e tratamento farmacológico. As intervenções breves foram extensivamente utilizadas no contexto do uso de álcool para aumentar a motivação para interromper o uso da substância ou para fornecer habilidades e mudanças de comportamento que favoreçam a abstinência e capacidade para lidar com as consequências negativas. Estratégias centradas no paciente têm sido tentadas, mas ainda faltam dados consistentes. O que se sabe até o presente momento é que informar o paciente e fornecer estratégias educacionais para os profissionais da saúde podem efetivamente levar ao uso e prescrição apropriados dos benzodiazepínicos. (Lin et al., 2020; Mokhar et al., 2018)

O Programa de Orientação e Acompanhamento para a Prescrição de benzodiazepínicos e drogas z na Atenção Primária à Saúde, que foi desenvolvido neste projeto, tem a intenção de abordar tanto médicos quanto pacientes. Objetiva a capacitação dos médicos por meio das videoaulas e do material impresso (livreto e ficha de acompanhamento) e a orientação dos pacientes em relação aos riscos do uso de BZD e das drogas Z através de um material gráfico (folheto psicoeducativo). Isso pode ser bastante útil para ajudar os médicos na criação de estratégias e no gerenciamento e acompanhamento das prescrições. Também favorece o compartilhamento da responsabilidade dos médicos e pacientes da APS em relação ao uso de BZD e de Drogas Z. Essa combinação pode ser bastante útil para a diminuição nas taxas de dependência de BZD e Drogas Z nas comunidades que acessam o programa. (Lin et al., 2020; Sirdifield et al., 2013)

2.JUSTIFICATIVA:

O uso inadequado de benzodiazepínicos e drogas Z impacta diretamente na morbimortalidade dos pacientes, contribuindo com um aumento de gastos de recursos públicos da área da saúde. Assim, o profissional deve ser racional e prudente ao prescrever essa classe de medicações. Ser racional significa observar que as recomendações baseadas em evidências indicam desenvolvimento de tolerância e dependência aliadas a baixa evidência de eficácia dos benzodiazepínicos a longo prazo. (Votaw et al., 2019)

Já existem diretrizes orientando os médicos da atenção primária quanto às indicações do uso de benzodiazepínicos, bem como sobre as estratégias de desintoxicação ambulatorial. No entanto, são escassos os protocolos que possam orientar o monitoramento do uso correto destas medicações. Um dos motivos apontados para que as novas práticas baseadas em evidência não sejam incorporadas é o custo da implementação e sua sustentação. Gestores de saúde mental relutam em fazer investimento em novas implementações quando não sabem qual será o retorno do seu investimento.(Bauer & Kirchner, 2020; Eisman et al., 2020)

No entanto, problemas de saúde mental causam impacto significativo na população e gastos em saúde e previdência. Segundo a OMS, há um aumento global de problemas de saúde mental e de transtornos por uso de substâncias. Desta forma, a APS como principal forma de acesso da população que busca atendimento médico, deve fornecer cuidado integralizado, diminuindo os estigmas e auxiliando o paciente a ser protagonista no seu tratamento. O atual sistema de financiamento da APS, o programa Previne Brasil foi instituído pela [Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.](#), nele o repasse das transferências para os municípios são distribuídas com base em quatro critérios: capitalização ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas. Assim, podemos entender que a criação e implementação de um programa de baixo custo que possa ser incorporado a APS é possível e útil. (Lin et al., 2020; Gov.Br)

O médico da APS tem o dever de avaliar de maneira individualizada e minuciosa a indicação, tempo de uso, fatores de risco, efeitos colaterais e interações medicamentosas. O cuidado em relação a medicação prescrita deve ser ainda maior quando houver risco de abuso. As indicações e o tempo de uso precisam ser reavaliados em cada consulta para identificar os pacientes com potencial risco de dependência e a necessidade de interromper o uso. Além do cuidado médico, os pacientes parecem se beneficiar de informações a respeito do consumo adequado de benzodiazepínicos e de drogas z. Desta forma, ambos podem compartilhar a responsabilidade sobre o uso destas medicações. (Mokhar et al., 2018; Reeve et al., 2015)

A intenção de tornar o paciente como parte responsável no processo de medicalização e retirada das medicações está descrita no Guia GAM (gestão autônoma de medicação) que tem como ponto central a autonomia do paciente na decisão do uso da medicação. Este guia foi desenvolvido no Canadá e adaptado a realidade brasileira para que os brasileiros possam entender a medicalização como um direito de escolha. Veio ao encontro do processo de Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial que ganharam força nos anos 1990. No entanto, ele tem sido utilizado principalmente nos CAPS onde ocorrem grupos GAM e o foco é a decisão do paciente em relação ao tratamento medicamentoso proposto. (Palombini, 2021)

Sendo assim, a implementação de um programa que oriente a prescrição e gerenciamento do uso correto de benzodiazepínicos e oriente quanto à retirada, aplicado à atenção básica, poderá promover a redução dos riscos inerentes ao uso inadequado desta classe de medicamentos (Lin et al., 2020).

3. OBJETIVOS:

3.1. Geral:

Desenvolvimento de um Programa que visa orientar a prescrição e o uso racional de benzodiazepínicos e drogas Z na atenção primária à saúde bem como o monitoramento e gerenciamento do uso, manejo da desintoxicação ambulatorial, e psicoeducação dos pacientes.

3.2. Específicos:

3.2.1. Desenvolver um material educativo para médicos clínicos da atenção básica acerca das indicações de uso de benzodiazepínicos e drogas Z, controle da prescrição e manejo da desintoxicação ambulatorial

3.2.2. Desenvolver um instrumento para monitorar o acompanhamento dos pacientes que usam benzodiazepínicos ou drogas Z e consultam na atenção primária

3.2.3. Desenvolver um material psicoeducativo para pacientes informando sobre os riscos do uso crônico de benzodiazepínicos e de drogas Z.

4.MÉTODO:

4.1. Revisão da literatura:

O programa foi desenvolvido a partir de uma revisão narrativa da literatura disponível nas principais bases de dados (pubMed, Scielo, Google acadêmico, BVS/Bireme) no período de 2011 a 2022. Foram utilizados artigos de revisão, de revisão sistemática e metanálises de livre acesso. Os termos utilizados foram “bezodiazepines AND primary care”, “benzodiazepines AND epidemiology”, “benzodiazepines AND dependence”, “benzodiazepines AND prescription”, “benzodiazepines AND abuse”, “benzodiazepines AND tolerance”, “benzodiazepines AND misuse”, “benzodiazepines AND withdrawal”, “z drugs AND primary care”, “primary care AND implementation science”, “Z-drugs AND side effects”, “z drugs AND epidemiology”, “z drugs AND withdrawal”, “primary care AND withdrawal”. Além das bases de dados, foram também utilizados manuais das associações psiquiátricas internacionais e uma diretriz publicada pela Associação Médica Brasileira de autoria da Associação Brasileira de Psiquiatria em conjunto com a Associação Brasileira de Neurologia publicado em 2013. Foram excluídos artigos que tratavam de crianças e adolescentes e artigos que não estivessem disponíveis. Foram incluídos 115 artigos, dos quais foram descartados artigos que eram cartas ao leitor ou opinião de especialista.

A revisão narrativa da literatura, cujo conteúdo está sintetizado na introdução desta dissertação, serviu como base para o roteiro das videoaulas e para todo o material gráfico disponibilizado tanto para os médicos quanto para os pacientes.

4.2.Videoaulas:

O roteiro dos vídeos foi dividido em 4 videoaulas que, inicialmente, teriam duração de cerca de 7 minutos. A filmagem dos vídeos foi feita com um telefone celular da própria mestranda e foi editado com a parceria voluntária da psicóloga Manuela Santo que incluiu as animações nos vídeos e realizou os cortes necessários. As animações incluíram figuras gratuitas, palavras-chave e música de fundo disponível na internet.

4.3.Folheto psicoeducativo e ficha de acompanhamento:

O folheto psicoeducativo destinado aos pacientes e a ficha de acompanhamento foram criados a partir das informações consideradas mais relevantes da revisão narrativa da literatura já descrita anteriormente. A diagramação foi feita com o editor Canva com imagens gratuitas disponíveis.

A ficha de acompanhamento foi criada com estas mesmas ferramentas para facilitar a visualização em cada consulta a respeito das indicações de tratamento, da medicação prescrita, do tempo de uso e do plano terapêutico.

4.4. Piloto de implementação:

Foi elaborado um projeto piloto para realizar a implementação do programa com médicos clínicos da Atenção Primária à Saúde do município de Guaíba-RS. A escolha dos médicos e dos locais foi feita por conveniência. Os convites foram feitos pessoalmente. O material completo do programa foi entregue pessoalmente aos clínicos no seu local de trabalho individualmente em horário marcado previamente. No momento em que receberam o material, ficou acertado 1 reunião semanal individual para avaliação do Programa no período de 30 dias. Essa reunião deveria acontecer de maneira presencial, na UBS.



Figura 1: Fluxograma das etapas do programa

5. RESULTADOS:

5.1. Videoaulas:

Foram desenvolvidas 4 videoaulas a partir do referencial teórico revisado na literatura, com maior ênfase nas informações disponibilizadas nas Diretrizes publicadas em 2013 pela Associação Médica Brasileira em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria e a Associação Brasileira de Neurologia. Estas aulas estão disponíveis na plataforma Youtube e, também, foram gravadas em um *pendrive* que foi entregue aos médicos participantes da implementação.(AMB,2013)

5.1.1.Videoaula 1: “Programa de Orientação e Acompanhamento para a Prescrição de Benzodiazepínicos e de Drogas Z na Atenção Primária à Saúde: introdução”.

Ela introduz o Programa e explana brevemente sobre a epidemiologia, as indicações de uso e sobre os riscos.

Link: https://youtu.be/a5W_IDGSIIw

Roteiro:

Programa de Orientação e Acompanhamento para a Prescrição de Benzodiazepínicos e Drogas Z na Atenção Primária a Saúde: introdução

1. Uma breve explicação sobre o programa:

A atenção básica é a porta de entrada para a maior parte da população que busca atendimento médico. É nela que se concentram a maior parte das prescrições de benzodiazepínicos e de drogas Z. Assim, podemos pensar que a dependência de benzodiazepínicos e de drogas Z se inicia a partir das prescrições. Por isso, foi criado o Programa de orientação e acompanhamento para a prescrição de benzodiazepínicos na atenção primária a saúde. A ideia é ajudar os profissionais da atenção primária, principalmente os médicos, na prescrição, no acompanhamento, na retirada e na desintoxicação e, com isso, evitar o desenvolvimento de tolerância e de dependência.

2. A epidemiologia:

Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais prescritos ao redor do mundo. Estima-se uma prevalência de 5,6% de benzodiazepínicos na população brasileira com a taxa de dependência de 0,5%. Atualmente, 1 em cada 10 adultos recebem anualmente prescrições de benzodiazepínicos. O zolpidem é um representante das drogas z e desde 1998 tem sido apontado como o hipnótico mais prescrito na maioria dos países.

3. Indicações de uso e risco de dependência:

Esses medicamentos têm um início de ação rápido e geram alívio em sintomas muitas vezes incapacitantes. Seu uso está bem estabelecido em transtornos de ansiedade, epilepsia, como relaxante muscular, em quadros psicóticos, como adjuvantes no início do tratamento de transtornos de humor e como hipnóticos. Mesmo quando bem indicados, os benzodiazepínicos apresentam riscos inerentes ao uso como tontura, sonolência, piora da coordenação motora fina, amnésia anterógrada, perda de equilíbrio, agressividade e desinibição que podem ser maiores no início do tratamento ou quando se aumentam as doses. Eles possuem indicações de uso bem estabelecidas, devem ser utilizados por curto prazo para evitar o desenvolvimento de tolerância, dependência e os sintomas de abstinência. Desta forma, o médico como responsável pela prescrição, pode monitorar e manter o uso destes fármacos pelo menor período possível.

As drogas Z surgiram nos anos 1990 como alternativas para tratar insônia. Inicialmente, acreditava-se que havia vantagem em relação ao efeito rebote e dependência quando o comparados aos benzodiazepínicos. No entanto, nos últimos anos, começou a observar-se um número crescente de pacientes que desenvolveram uso abusivo e dependência destas substâncias. Também se observou um aumento na taxa de prescrição das drogas z, enquanto os benzodiazepínicos permanecem estáveis.

O abuso de benzodiazepínicos pode ocorrer de forma deliberada (pessoas com dependência química) ou por pessoas que receberam a medicação por indicação terapêutica e acabaram tornando o uso inapropriado. Isso geralmente acontece de maneira gradativa, migrando do uso prescrito para um uso abusivo e daí para a dependência. Pessoas com transtornos de ansiedade, abuso de álcool e outras drogas e transtornos do sono estão mais predispostas a desenvolver dependência.

4. Finalizando:

Os próximos vídeos vão oferecer informações a respeito dos benzodiazepínicos e das drogas z, a melhor forma de prescrever, o monitoramento que a prescrição exige e o procedimento quando o paciente já desenvolveu dependência.

5.1.2. Videoaula 2: “Avaliando os riscos da prescrição”

Tem como tema a avaliação dos fatores de risco para o desenvolvimento de dependência e diagnóstico de dependência.

Link: https://youtu.be/a5W_IDGSIIw

Roteiro:

Avaliando os riscos da prescrição

1. A prescrição:

A avaliação do paciente e a indicação de uso são atribuições do médico. Mesmo quando indicados corretamente, os benzodiazepínicos e as drogas z apresentam riscos e efeitos colaterais que devem ser esclarecidos ao paciente no momento da prescrição.

Os motivos pelos quais a prescrição destas medicações (benzodiazepínicos e drogas Z) se torna crônica é complexa e envolve muitas variáveis que vão desde o entendimento do prescritor em relação a questão risco-benefício destas medicações, até a atitude conflitante do paciente em relação a sua própria saúde.

Assim, para não desenvolver dependência, é importante que seja feito um diagnóstico correto do quadro psicopatológico e da correta utilização dos benzodiazepínicos pelo menor tempo possível. Para isso, a prescrição deve ser avaliada sistematicamente pelo médico que assiste o paciente, respeitando as indicações.

É importante ressaltar que, mesmo no uso agudo, podem ocorrer efeitos indesejáveis como alterações de memória e concentração. Isso é particularmente relevante em idosos que já apresentam um declínio cognitivo relativo ao envelhecimento. Assim, quedas e acidentes são uma preocupação real.

Pensar de maneira clara e informar ao paciente a respeito dos riscos do uso destes medicamentos é importante para evitar o uso prolongado.

2. Os benzodiazepínicos:

Derivam seu nome de sua estrutura molecular constituída de anéis de benzeno fundidos a um anel diazepínico. Modulam a atividade do GABA e quando se ligam a ele, aumentam o efeito da inibição GABAérgica no sistema nervoso central o que provoca efeitos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos.

Existem vários tipos de benzodiazepínicos e eles podem ser divididos em curta ação (menor do que 12 horas) que tem como representantes o alprazolam, o bromazepam e o lorazepam, ação intermediária (entre 12 e 24 horas) representados por clonazepam e Diazepam e os de longa ação (maior do que 24 horas) representados pelo cloxazolam, clobazam e flurazepam.

Benzodiazepínicos apresentam alta lipossolubilidade o que confere grande capacidade de penetrar no sistema nervoso central. A principal via de metabolização é hepática.

Também é necessário dar atenção a meia-vida dos benzodiazepínicos. Para lembrar, meia-vida é o tempo necessário para que a concentração plasmática de determinado fármaco seja reduzida pela metade. Há fármacos que tem uma meia-vida em torno de 2 horas e outros chegam a ter uma meia-vida de até 120 horas.

Assim, o perfil farmacológico, a via de metabolização, a meia-vida e a presença de metabólitos ativos podem e devem guiar a escolha na hora da prescrição e, também, na retirada, pois eles têm eficácia semelhante.

3. As Drogas Z:

São uma alternativa para o tratamento da insônia que surgiram nos anos 1990. Elas são hipnóticos não benzodiazepínicos. sintetizados com o propósito de tratar a insônia sem causar dependência. Têm um perfil farmacológico semelhante aos benzodiazepínicos clássicos, com uma meia-vida curta (3 a 6 horas), menos efeitos cognitivos, pouco efeito sobre o sono quando retirados de forma abrupta, além de induzirem pouca depressão respiratória.

As drogas Z são indicadas par o tratamento da insônia aguda. Na insônia crônica, pode surgir efeitos adversos como cefaleia, ansiedade, sonolência, tonturas, fadiga, irritabilidade, náuseas e aumento de crises de sinusite. Desta forma, quando comparados ao benzodiazepínicos, as drogas-z não apresentam diferenças em relação aos benefícios e nem em relação aos efeitos adversos.

De maneira geral, as drogas z são mais seguras para uso em pacientes com insônia primária crônica. Porém é preciso atenção, pois estas substâncias não estão isentas de riscos. Existem outras formas não medicamentosas para tratamento da insônia crônica que incluem higiene do sono e terapia cognitivo-comportamental.

4. Avaliando o risco do paciente:

O médico como responsável pela prescrição dos benzodiazepínicos ou das drogas Z deve estar atento ao perfil do paciente. Alguns são mais suscetíveis a desenvolver dependência como:

- Pacientes com transtornos mentais,*
- Pessoas com problemas por uso de substâncias ou transtorno de adição,*
- Mulheres com mais de 50 anos,*
- Pessoas com insônia ou outros transtornos do sono maltratados*
- Idosos.*

É importante ressaltar que mulheres com mais de 50 anos representam a maior fatia dos usuários destas substâncias. Elas utilizam benzodiazepínicos em uma proporção 2 vezes maior que os homens em associação a quadros de insônia ou queixas físicas.

Em relação aos idosos, deve-se prestar atenção ao fato de que idade avançada e uso de doses terapêuticas diárias por mais de 4 meses aumenta o risco de toxicidade, déficit cognitivo e desenvolvimento de dependência. Além disso, a maior parte dos idosos usam benzodiazepínicos de meia-vida longa. Isso é relevante, porque o próprio envelhecimento

apresenta mudanças fisiológicas que podem alterar a concentração dos medicamentos e, frequentemente, os idosos usam muitas medicações que podem interagir e causar intoxicações.

5. Pensando sobre abuso, tolerância e dependência:

Quando pensamos que uma droga é de abuso, devemos levar em consideração que ela precisa ter um efeito rápido e que causam euforia ou alívio da dor ou do sofrimento. Os benzodiazepínicos funcionam assim. Por serem substâncias lipossolúveis, eles penetram facilmente na barreira hematoencefálica e são rapidamente metabolizados, tendo um início de ação rápido e com isso o alívio dos sintomas.

O abuso de benzodiazepínicos pode ocorrer de forma deliberada por dependentes químicos ou abuso por pessoas que iniciaram fazendo uso terapêutico e que acabaram tornando esse uso inapropriado. De qualquer forma, o abuso acaba levando a tolerância e à dependência.

Tolerância é a perda do efeito da substância por administração repetida ou necessidade de aumentar a dose para obter o mesmo efeito.

Em relação aos benzodiazepínicos, a tolerância geralmente ocorre para os efeitos sedativos e permanecem os efeitos ansiolíticos e amnésicos. O tempo para desenvolvimento de tolerância aos benzodiazepínicos varia muito de indivíduo para indivíduo, mas em geral, a tolerância para os efeitos hipnóticos e sedativos aparece antes do que a tolerância para os efeitos ansiolíticos e cognitivos. (“Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos”)

O desenvolvimento de dependência relaciona-se com o tempo de uso e com fatores individuais como predisposição genética, dependência de álcool e outras drogas e características de personalidade. Dependência de benzodiazepínicos deve ser diagnosticada como qualquer outro tipo de dependência. Isso significa que vai existir:

- Desejo muito forte ou compulsão para consumir a substância*
- Dificuldades para controlar o uso em termos de início, término ou quantidade consumida*
- Síndrome de abstinência ou ingesta de alívio (para evitar a síndrome de abstinência)*
- Tolerância (a dose inicial não produz o mesmo efeito ou é necessário aumentar as doses para atingir o efeito inicial)*
- Importantes interesses são abandonados em função do consumo, obtenção e recuperação dos efeitos da droga*
- Persistência do consumo apesar da consciência dos problemas relacionados a droga.*

Pelo fato de que os benzodiazepínicos são medicamentos, seu uso geralmente se dá por prescrição médica e a dependência pode passar despercebida, pois os próprios profissionais podem reforçar o uso mantendo as prescrições por muitos anos. Assim, a busca pela droga pode ser simplesmente a busca pela receita médica. Geralmente, a manutenção da prescrição

se dá de forma indefinida, mascarando a síndrome de abstinência e ela não ocorre a menos que o paciente fique sem receita. E, nesta situação, o paciente considera que os sintomas da abstinência se devem a ansiedade subjacente.

O médico deve suspeitar de dependência quando o paciente resistir a diminuição da dose da medicação, mesmo quando não há mais indicação de uso. Quando o paciente não cumpre com a orientação do médico em diminuir a dose. E, ainda, solicitando receitas fora do prazo com desculpas como precisou de dose “extra” ou perdeu a receita ou qualquer outra desculpa que possibilite manter o acesso ao medicamento. Além de tolerância e dependência, ocorre um risco aumentado de alterações cognitivas, quedas e fraturas e acidentes de trânsito.

6. Intoxicação Aguda:

A intoxicação aguda de benzodiazepínicos se caracteriza por sintomas como redução da atenção, amnésia anterógrada, confusão mental e prejuízo da coordenação e psicomotricidade. Geralmente, são seguros, mas doses elevadas podem gerar depressão e parada respiratória em pacientes que possuem comorbidades respiratórias como enfisema e apneia do sono. Também estão relacionados a tentativas e suicídio associados a outros fármacos e álcool.

O tratamento da depressão respiratória relacionada ao uso de benzodiazepínicos é uma emergência médica e pode requerer suporte ventilatório e talvez o uso de Flumazenil (antagonista) para reversão do quadro.

7. Abstinência:

Os sintomas da síndrome de abstinência variam de gravidade e dependem do tipo de medicamento utilizado, dose, presença de transtornos mentais subjacentes (pacientes com transtorno de personalidade ou transtornos do pânico podem experimentar uma síndrome de retirada com mais sintomas). A velocidade de retirada também influencia na gravidade da síndrome, quanto mais rápida, mais sintomas.

Os sintomas mais frequentes são insônia, irritabilidade, ansiedade, fotossensibilidade, desejo de consumir a substância e, em casos mais graves, sintomas como despersonalização, desrealização e crises convulsivas. (“Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos”) Em alguns casos, os sintomas são inespecíficos e subjetivos em sua apresentação e intensidade.

A evolução da síndrome de abstinência ocorre a partir de 24 a 72 horas da retirada dependendo da meia-vida. Substâncias com meia-vida mais longa ou metabólitos ativos demoram mais para ter sintomas de abstinência.

Outro fator importante é que os idosos podem apresentar confusão mental e desorientação na abstinência de benzodiazepínicos, diferente do que ocorre com adolescentes e adultos que apresentam mais ansiedade e insônia.

8. Finalizando:

É importante estar atento ao perfil do paciente na hora de prescrever os benzodiazepínicos. Levar em consideração o sexo, a idade, características de personalidade e presença de patologias psiquiátricas subjacentes devem nortear o início das prescrições, sem deixar de lado as indicações terapêuticas e a utilização pelo menor tempo, na menor dose possível. Tolerância, dependência e síndrome de abstinência são as complicações mais observadas. Outras podem estar associadas ao uso, mesmo em doses terapêuticas, como efeitos colaterais como diminuição da atividade psicomotora, prejuízo na memória, desinibição paradoxal, déficit cognitivo

A avaliação do paciente e da indicação deve ser realizada a cada consulta a fim de evitar a dependência e os sintomas de abstinência.

O tratamento da síndrome de dependência e de abstinência devem iniciar pela orientação do paciente (psicoeducação), esclarecendo os riscos do uso da substância de maneira aguda ou crônica e as vantagens da retirada. Deve-se explicar que após a fase de abstinência, ocorre uma significativa melhora na qualidade de vida. Falaremos em outro vídeo a respeito do tratamento da síndrome de dependência e de abstinência.

5.1.3.Videoaula 3: “O Acompanhamento e a orientação ao paciente”.

Explica como o médico utiliza a ficha de acompanhamento e o folheto informativo. Estes são os materiais gráficos de apoio para o médico e para o paciente.

Link: <https://youtu.be/wfgchay9fZs>

Roteiro:

O Acompanhamento e a Orientação ao Paciente

1. Introduzindo a ficha de acompanhamento:

Como já vimos, a necessidade de monitorar a prescrição existe e pensando nisso, foi criada a ficha de acompanhamento que deverá ser entregue ao paciente no momento da prescrição e que ele deverá apresentar nas consultas de seguimento.

Na parte da frente, estão os dados de identificação do paciente.

(mostro a parte externa da ficha)

Na parte interna ou verso da ficha, estão os dados de acompanhamento:

(mostro a parte interna da ficha)

Aqui constam: Data da consulta, indicação do uso, plano de tratamento, dose prescrita, quantidade prescrita e tempo para o retorno. A utilização desta ferramenta possibilitará uma melhor visualização dos itens já descritos.

2. O folheto psicoeducativo:

O tratamento da síndrome de dependência e abstinência deve iniciar pela psicoeducação do paciente esclarecendo os riscos do uso da substância de maneira aguda ou crônica e as vantagens da retirada. É importante orientar o paciente para reconhecer a dependência e os sintomas de abstinência e que superada essa fase haverá uma melhora na qualidade de vida. (“Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos”) Pensando nisso, foi criado o folheto psicoeducativo ao paciente.

Aqui está a capa do folheto.

(mostro a capa)

E na parte interna do folheto estão as orientações ao paciente

(mostro a parte interna)

5.1.4.Videoaula 4: “Manejo da retirada de Benzodiazepínicos e de Drogas Z”.

Ela fornece orientações aos clínicos em relação ao manejo na retirada de benzodiazepínicos e das drogas z.

Link: <https://youtu.be/cDeKOIxc9d4>

Roteiro:

Manejo da retirada de benzodiazepínicos e de drogas Z

1. Desintoxicação:

Cabe ao médico identificar e diagnosticar a dependência do seu paciente, com monitoramento, anotações adequadas em prontuário, inclusive da quantidade prescrita. Objetivar um bom vínculo com o paciente através de orientações dos riscos e malefícios advindos do uso prolongado, pode auxiliar na retirada.

Sabendo disso, orienta-se a retirada ambulatorial que pode ocorrer na UBS. Ela deve ocorrer de maneira gradual e com a participação do paciente e da família (quando disponível) para facilitar o processo e impedir o livre acesso aos fármacos.

Geralmente, ela começa com um processo firme e empático de motivação do paciente e é recomendável estabelecer um cronograma de retirada com informações por escrito. Esse cronograma deve respeitar o tempo de uso, comorbidades psiquiátricas (pacientes com transtorno do pânico e transtornos de personalidade são mais sensíveis ao aparecimento de sintomas de abstinência) e motivação do paciente.

A orientação médica talvez seja a maior arma para evitar ou minimizar complicações e riscos do uso prolongado e, provavelmente, a que menos seja levada em consideração.

Não existe uma forma definida de redução dos benzodiazepínicos. Substituição por outra droga não é melhor do que a retirada gradual. De acordo com as diretrizes da AMB, geralmente, a retirada da primeira metade da droga é mais fácil. Assim, recomenda-se

retirar os primeiros 50% em 15 a 30 dias e o restante mais gradativamente. Alguns médicos preferem reduzir um quarto da dose por semana e outros preferem decidir os prazos junto com o paciente. Isso porque as fases finais do programa de retirada apresentam um componente psicológico da dependência mais intenso que podem ser manejadas com reduções mais lentas ou uso de medicação em dias alternados.

Uma outra tática utilizada é a substituição por benzodiazepínicos de formulação líquida (clonazepam) por tornar mais fácil a redução das doses. Além disso, quando há mais de uma tomada diária, é importante estabelecer qual a primeira que deve ser retirada, deixando a tomada noturna por último, uma vez que a insônia parece ser o sintoma menos tolerável na abstinência.

Quando ocorre dependência de benzodiazepínicos de ação muito curta como Midazolam ou injetáveis, existe indicação para a substituição por um benzodiazepínico de meia-vida mais longa (Diazepam, Clonazepam ou Clordiazepóxido). Nesses casos, sugere-se uma passagem gradual para o benzodiazepínico de meia-vida mais longa como o Diazepam.

Finalmente, o paciente deve ser encaminhado para retirada hospitalar quando já tiver experimentado sintomas graves de abstinência como psicose ou convulsões, ou quando estiver usando doses muito altas há muito tempo.

2. Finalizando:

A atenção básica é porta de entrada da assistência à saúde para a maior parte da população e nela se concentram a maioria das prescrições de benzodiazepínicos e das drogas z.

Estar atento a indicação do tratamento e ao perfil do paciente, bem como acompanhar posteriormente e seguir reavaliando o uso destas medicações pode diminuir os riscos de dependência e sintomas de abstinência decorrentes.

A desintoxicação ambulatorial é possível e depende de um projeto cooperativo entre médico e paciente, guiado pelo médico.

Retirada gradual e psicoeducação do paciente em relação aos riscos parecem favorecer a descontinuação dos benzodiazepínicos e das drogas z.

Muito obrigada pela atenção!

5.2. A Ficha de Acompanhamento:

A Ficha de Acompanhamento foi desenvolvida para ser um instrumento simples, de fácil acesso e sem a necessidade de informatização. O paciente que é atendido pelo médico da APS

recebe a ficha quando recebe a prescrição de benzodiazepínicos ou de drogas Z e deve trazê-la nas consultas de acompanhamento. Essa é preenchida pelo médico durante a consulta e entregue ao paciente. Nela constam dados de identificação do paciente (Figura 2) e as indicações do uso de benzodiazepínicos ou de drogas Z, a data da prescrição, a dose prescrita a quantidade de comprimidos prescritos, o plano de tratamento e a data de retorno (Figura 3). A ficha torna mais fácil a visualização quando houver o desenvolvimento de um transtorno relacionado ao uso de BZD ou de Drogas Z e, com isso, iniciar o processo de retirada. As informações que constam na ficha também estão registradas em prontuário, prevendo um possível extravio da ficha.

Indicação para o uso de benzodiazepínico ou droga Z		Plano de Tratamento:		
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Transtornos de humor <input type="checkbox"/> Transtornos psicóticos <input type="checkbox"/> Transtorno por uso de substâncias <input type="checkbox"/> Outra patologia clínica:		a) tempo de tratamento previsto b) plano de retirada:		
Data	dose	receita e número de comprimidos	conduta	retorno
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				

Programa para orientação e acompanhamento para prescrição de benzodiazepínicos na atenção primária a saúde

FICHA DE ACOMPANHAMENTO

NOME:

CARTÃO SUS:

SEXO: MASC FEM OUTRO

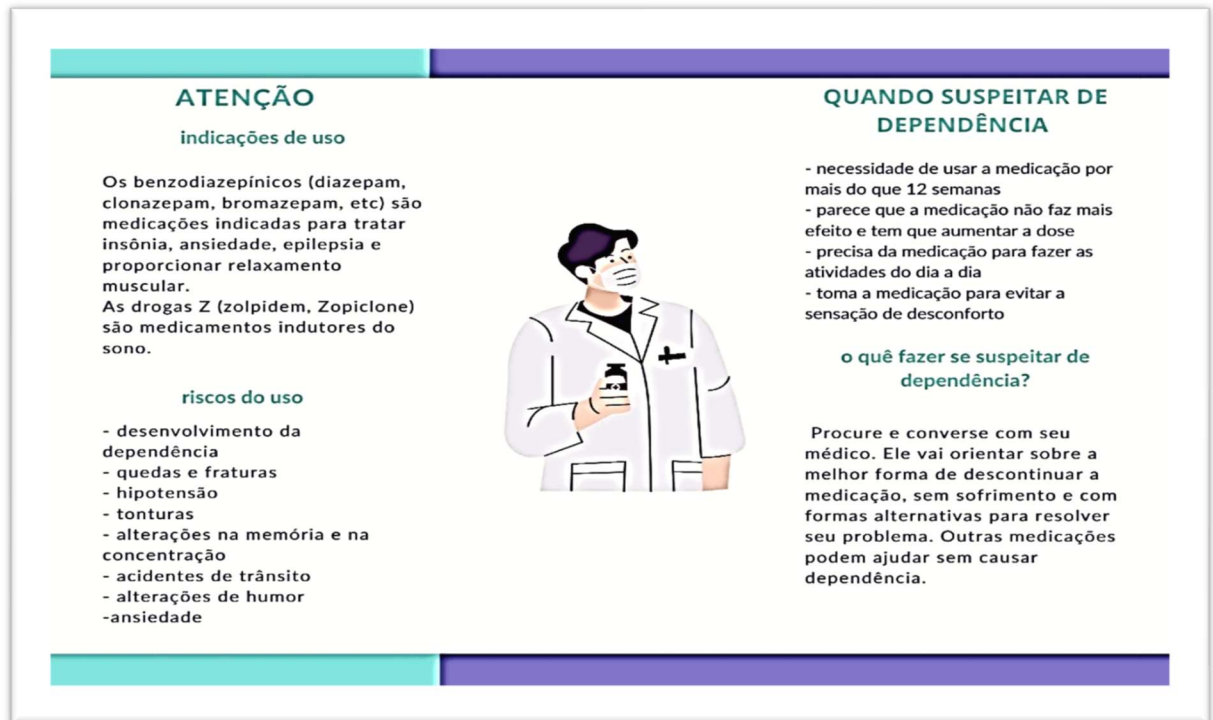
IDADE:



Figura 2: parte externa e interna da Ficha de Acompanhamento

5.3. Folheto psicoeducativo:

O Folheto psicoeducativo foi desenvolvido a partir da revisão da literatura e foi escrito com linguagem acessível aos pacientes que buscam atendimento na APS. (Figuras 4 e 5) Deve ser entregue a todos os pacientes que receberem a prescrição de benzodiazepínicos ou de drogas z.



Este folheto psicoeducativo interno é dividido em duas colunas principais. A coluna da esquerda contém o título "ATENÇÃO" em verde, seguido de "indicações de uso" e "riscos do uso". A coluna da direita contém o título "QUANDO SUSPEITAR DE DEPENDÊNCIA" em verde, seguido de "o quê fazer se suspeitar de dependência?". No centro, há uma ilustração de um médico segurando um frasco de medicamento. O fundo do folheto tem uma barra decorativa superior com uma metade verde e uma metade roxa.

ATENÇÃO

indicações de uso

Os benzodiazepínicos (diazepam, clonazepam, bromazepam, etc) são medicações indicadas para tratar insônia, ansiedade, epilepsia e proporcionar relaxamento muscular.
As drogas Z (zolpidem, Zopiclone) são medicamentos indutores do sono.

riscos do uso

- desenvolvimento da dependência
- quedas e fraturas
- hipotensão
- tonturas
- alterações na memória e na concentração
- acidentes de trânsito
- alterações de humor
- ansiedade

QUANDO SUSPEITAR DE DEPENDÊNCIA

- necessidade de usar a medicação por mais do que 12 semanas
- parece que a medicação não faz mais efeito e tem que aumentar a dose
- precisa da medicação para fazer as atividades do dia a dia
- toma a medicação para evitar a sensação de desconforto

o quê fazer se suspeitar de dependência?

Procure e converse com seu médico. Ele vai orientar sobre a melhor forma de descontinuar a medicação, sem sofrimento e com formas alternativas para resolver seu problema. Outras medicações podem ajudar sem causar dependência.



Este folheto psicoeducativo externo é dividido em duas colunas principais. A coluna da esquerda contém o título "Onde buscar ajuda?" em branco sobre um fundo roxo, seguido de um ícone de uma mulher segurando sua cabeça em desespero. A coluna da direita contém o título "Benzodiazepínicos e Drogas Z" em roxo, seguido de um ícone de um frasco de medicamento e algumas pílulas. No rodapé da coluna da direita, há o texto "Seu boletim informativo" em verde. O fundo do folheto tem uma barra decorativa superior com uma metade verde e uma metade roxa.

Onde buscar ajuda?

- na UBS: com o médico clínico geral
- no CAPS: quando seu médico indicar ou se você já for paciente do CAPS
- no pronto-atendimento: em situações de crise ou em casos de intoxicação aguda

Benzodiazepínicos e Drogas Z

Seu boletim informativo

Figura 3: parte interna e externa do Folheto Informativo

5.4. Implementação:

Após a confecção do material do programa, ele foi impresso e distribuído aos médicos clínicos que se dispuseram a participar de um piloto da sua implementação. A entrega do material foi feita de maneira presencial e individual com cada um dos médicos no seu ambiente de trabalho. Neste momento, foi explicado como utilizar o Programa. Também foi combinado que seriam feitos contatos semanais para aplicação do Questionário de Avaliação (anexo 1).

Neste primeiro momento, os três médicos mostraram-se bastante interessados no Programa e informaram que era muito difícil de fazer os pacientes interromperem o uso dos BZD quando o uso era de longo prazo, principalmente quando recebiam os pacientes com prescrições antigas.

Por motivos alheios à vontade, os encontros semanais não puderam ocorrer presencialmente e tiveram que acontecer de maneira virtual. Um dos médicos não aceitou participar de maneira virtual, mas aceitou responder o questionário por e-mail.

Todos relataram que gostaram da aparência do material gráfico, acharam que estava bem formulado e de fácil aplicação. Acharam que os vídeos eram úteis e com uma duração adequada. Disseram que as informações contidas nos vídeos eram de boa qualidade.

Em relação a ficha de acompanhamento, todos acharam útil e de fácil utilização. Um dos clínicos sinalizou a necessidade de mais linhas para pacientes que precisassem de um tempo maior para a retirada.

Em relação folheto psicoeducativo, os clínicos disseram que o material era importante com uma boa aparência e diagramação, no entanto, um dos clínicos sugeriu que a linguagem do folheto informativo aos pacientes fosse ainda mais coloquial.

Todos relataram que seus pacientes receberam bem o programa, mas muitos quiseram manter o uso do benzodiazepínico. Os clínicos não souberam precisar o número de pacientes que acessaram o programa.

Os médicos indicaram que não puderam rever os pacientes no período de implementação (30 dias), então não saberiam dizer se o resultado é positivo a médio e longo prazo.

Como sugestão, todos queriam informações a respeito de outras medicações que pudessem ser usadas com um menor risco de dependência ou com menos efeitos adversos.

A impressão inicial dos clínicos é de que o Programa seria muito útil para pacientes que estão recebendo a medicação pela primeira vez, mas que os que já estão em uso prolongado precisariam de mais intervenções para que pudesse ocorrer a retirada.

6. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Os benzodiazepínicos estão entre as medicações mais prescritas ao redor do mundo. As drogas Z, que eram consideradas mais seguras em relação ao risco dependência e sintomas de abstinência, tiveram um aumento nas prescrições. Ambas as medicações são seguras quando usadas por um curto período, mas seu uso a longo prazo está associado com problemas, potencialmente evitáveis, como quedas, fraturas e acidentes de trânsito. Também têm sido associadas a declínio cognitivo e prejuízo na coordenação motora. Assim, seu uso a longo prazo deve ser evitado. (AMB, 2013; Edinoff et al., 2021; Lin et al., 2020)

Existem muitos manuais que orientam os médicos quanto às indicações e à retirada do BZD ou das drogas Z, mas faltam orientações em relação ao acompanhamento destas medicações. É dever do médico avaliar o uso das medicações, orientar o paciente e fazer a retirada quando elas são inapropriadas. Muitos pacientes relatam que não são orientados em relação aos potenciais riscos destas medicações, outros relatam ter vontade de descontinuar a medicação, mas tem a impressão de que os profissionais da saúde incentivam o uso. (Guina & Merrill, 2018; huedo-medina, 2012)

Os efeitos adversos destas medicações são um problema crescente de saúde pública e significam um aumento nos gastos potencialmente evitáveis. Desta forma, criar e implementar um programa que possa auxiliar os médicos na hora da prescrição, no acompanhamento e na retirada, quando os benzodiazepínicos ou as drogas z estão indicados e, ao mesmo tempo, orientar os pacientes quanto aos riscos no uso destas medicações parece promissor. (huedo-medina, 2012; Mokhar et al., 2018)

A implementação do Programa de Orientação e Acompanhamento para Prescrição de Benzodiazepínicos e de Drogas Z na Atenção Primária a Saúde necessita de um projeto estruturado e de melhorias no design do material gráfico e de um aperfeiçoamento no roteiro e formato dos vídeos.

Este projeto desenvolveu um protótipo que, apesar das limitações, se mostrou promissor. Porém, a avaliação ficou comprometida pela duração da implantação, pelo número de médicos envolvidos, pela dificuldade em saber quantos pacientes foram atingidos e por não ter sido possível ver o retorno dos pacientes. Principalmente, porque a retirada destes fármacos pode durar mais tempo quando os pacientes usam estas medicações por muito tempo ou em doses muito altas. (AMB, 2013; Wakida et al., 2018)

Uma limitação importante, foi o fato de que os médicos foram selecionados por conveniência. Eles já conheciam a pesquisadora anteriormente ao Programa. Isso pode ter gerado um viés. Para dados mais fidedignos, a aplicação do questionário poderia ser feita por

uma terceira pessoa ou online. Outra limitação é o fato de que os clínicos não souberam precisar o número de pacientes que acessaram o programa. Uma sugestão para a implementação seria numerar as fichas de acompanhamento ou os folhetos psicoeducativos e/ou gerar uma planilha de controle junto aos prontuários.

Apesar destas limitações, os médicos participantes informaram que o Programa parece promissor e interessante.

7. PERSPECTIVAS FUTURAS:

Existe uma necessidade de aperfeiçoamento e orientação para os médicos da APS para que possam administrar as prescrições dos BZD e das Drogas Z de maneira racional. Além disso, os pacientes precisam estar cientes da necessidade de retirada da medicação quando ela é inapropriada. O Programa de Orientação e Acompanhamento para Prescrição de Benzodiazepínicos e Drogas Z na Atenção Primária, mostrou-se interessante por ser um Programa de baixo custo, de fácil aplicação. Porém, é necessário um projeto de implementação ampliado com uma metodologia mais robusta como tem sido preconizado nos últimos anos pela Ciência da Implementação. (Lin et al., 2020; Eisman et al., 2020; Evrard et al., 2021)

Ela tenta identificar as barreiras e os facilitadores para o uso das inovações científicas em múltiplos níveis (pessoas em tratamento, gestores, instituições etc.), bem como desenvolver e aplicar estratégias que ultrapassem estas barreiras e ajudem os facilitadores a utilizar as inovações clínicas baseadas em evidências. Os ensaios de implementação se baseiam em testar estratégias para aumentar a utilização e sustentabilidade da inovação para que ela seja incorporada na prática clínica. Além disso, as barreiras para a retirada dos benzodiazepínicos e das drogas z existem e devem ser levadas em conta na hora da implementação. (Bauer et al., 2015; Bauer & Kirchner, 2020; Evrard et al., 2021)

Para a futura implementação do Programa de Orientação e Acompanhamento para a Prescrição de Benzodiazepínicos e Drogas Z na Atenção Primária à Saúde é também necessário um aperfeiçoamento deste. O formato atual é um protótipo desenvolvido durante o programa de mestrado profissional. Seria desejável o envolvimento de profissionais de design ou de comunicação para o aprimoramento tanto dos vídeos quanto dos materiais gráficos. Também seria importante formar parcerias com prefeituras e tornar o Programa como parte de um processo de Educação Continuada.

Como forma de tornar mais interessante a incorporação, o Programa de Orientação e Acompanhamento para a Prescrição de Benzodiazepínicos e de Drogas Z poderia ser ampliado para outras medicações com potencial risco de abuso ou dependência como, por exemplo, analgésicos opioides e estimulantes. Outra possibilidade, seria a incorporação dos dados em prontuário eletrônico, talvez abrindo uma mensagem de alerta quando for detectado a repetição da prescrição e o prontuário eletrônico estiver disponível.

8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J., & Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology*. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>
2. Bauer, M. S., & Kirchner, J. A. (2020). Implementation science: What is it and why should I care? In *Psychiatry Research* (Vol. 283). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>
3. Brandt, J., & Leong, C. (2017). Benzodiazepines and Z-Drugs: An Updated Review of Major Adverse Outcomes Reported on in Epidemiologic Research. *Drugs in R&D*, 17. <https://doi.org/10.1007/s40268-017-0207-7>
4. de Souza, I. M., & Machado-De-Sousa, J. P. (2017). Brazil: world leader in anxiety and depression rates. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(4), 384. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2300>
5. diehl, alessandra, Cordeiro, D., & Laranjeira, R. (2011). *Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas - Alessandra Diehl, Daniel Cordeiro, Ronaldo Laranjeira - Google Livros*. <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Zq1wDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=alessandra+diehl&ots=n-EV-EKuRC&sig=rFxDCspKO7vMtxKzZiRAZu3gfw#v=onepage&q=alessandra+diehl&f=false>
6. Donnelly, K., Bracchi, R., Hewitt, J., Routledge, P. A., & Carter, B. (2017). Benzodiazepines, Z-drugs and the risk of hip fracture: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12(4), e0174730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174730>
7. Edinoff, A. N., Nix, C. A., Hollier, J., Sagera, C. E., Delacroix, B. M., Abubakar, T., Cornett, E. M., Kaye, A. M., & Kaye, A. D. (2021). *Benzodiazepines: Uses, Dangers, and Clinical Considerations*. <https://doi.org/10.3390/neurolint13040059>
8. Eisman, A. B., Kilbourne, A. M., Dopp, A. R., Saldana, L., & Eisenberg, D. (2020). Economic evaluation in implementation science: Making the business case for implementation strategies. *Psychiatry Research*, 283. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.008>
9. Evrard, P., Péteïn, C., Beuscart, J.-B., & Spinewine, A. (2021). Barriers and enablers for deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older adults: a systematic review of qualitative and quantitative studies using the theoretical domains framework. *Implementation Science*, 17, 41. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01206-7>
10. Guina, J., & Merrill, B. (2018). Clinical Medicine Benzodiazepines I: Upping the Care on Downers: The Evidence of Risks, Benefits and Alternatives. *Journal of Clinical Medicine*, 7(2), 17. <https://doi.org/10.3390/jcm7020017>
11. huedo-medina, tania. (2012). Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *Bmj*, 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmj.e8343>
12. Kurko, T. A. T., Saastamoinen, L. K., Tähkäpää, S., Tuulio-Henriksson, A., Taiminen, T., Tiihonen, J., Airaksinen, M. S., & Hietala, J. (2015). Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns - A systematic review of register-based studies. In *European Psychiatry* (Vol. 30, Issue 8, pp. 1037–1047). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.003>
13. Lin, L., Alam, P., Fearon, E., & Hargreaves, J. R. (2020). Public target interventions to reduce the inappropriate use of medicines or medical procedures: a systematic review. In *Implementation Science* (Vol. 15, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01018-7>
14. Lynch, T., Ryan, C., Hughes, C. M., Presseau, J., van Allen, Z. M., Bradley, C. P., &

- Cadogan, C. A. (2020). Brief interventions targeting long-term benzodiazepine and Z-drug use in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, *115*(9), 1618–1639. <https://doi.org/10.1111/add.14981>
15. Madruga, C. S., Paim, T. L., Palhares, H. N., Miguel, A. C., Massaro, L. T. S., Caetano, R., & Laranjeira, R. R. (2019). Prevalence of and pathways to benzodiazepine use in Brazil: The role of depression, sleep, and sedentary lifestyle. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *41*(1), 44–50. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0088>
 16. Marsden, J., White, M., Annand, F., Burkinshaw, P., Carville, S., Eastwood, B., Kelleher, M., Knight, J., O'Connor, R., Tran, A., Willey, P., Greaves, F., & Taylor, S. (2019). Medicines associated with dependence or withdrawal: a mixed-methods public health review and national database study in England. *The Lancet Psychiatry*, *6*(11), 935–950. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30331-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30331-1)
 17. Mokhar, A., Topp, J., Härter, M., Schulz, H., Kuhn, S., Verthein, U., & Dirmaier, J. (2018). Patient-centered care interventions to reduce the inappropriate prescription and use of benzodiazepines and z-drugs: A systematic review. In *PeerJ* (Vol. 2018, Issue 10, p. e5535). PeerJ Inc. <https://doi.org/10.7717/peerj.5535>
 18. Palombini, A.; Barrio, L. (2021) Gestão Autônoma da Medicação, do Quebec ao Brasil: uma proposta participativa. In *Saúde em Debate*,*45*(128),203-215. doi.org/10.1590/0103-1104202112816
 19. Reeve, E., Gnjjidic, D., Long, J., & Hilmer, S. (2015). A systematic review of the emerging definition of “deprescribing” with network analysis: Implications for future research and clinical practice. In *British Journal of Clinical Pharmacology* (Vol. 80, Issue 6, pp. 1254–1268). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/bcp.12732>
 20. Reeve, E., Shakib, S., Hendrix, I., Roberts, M. S., & Wiese, M. D. (2014). Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *78*(4), 738–747. <https://doi.org/10.1111/bcp.12386>
 21. Scharner, V., Hasieber, L., Sönnichsen, A., & Mann, E. (2021). Efficacy and safety of Z-substances in the management of insomnia in older adults: a systematic review for the development of recommendations to reduce potentially inappropriate prescribing. *BMC Geriatrics*. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02757-6>
 22. Sirdifield, C., Anthierens, S., Creupelandt, H., Chipchase, S. Y., Christiaens, T., & Siriwardena, A. N. (2013). General practitioners’ experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Family Practice*, *14*(1), 191. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-191>
 23. Thibaut, F. (2017). Anxiety disorders: A review of current literature. In *Dialogues in Clinical Neuroscience* (Vol. 19, Issue 2, pp. 87–88). Les Laboratoires Seriver. <https://doi.org/10.31887/dcns.2017.19.2/fthibaut>
 24. Votaw, V. R., Geyer, R., Rieselbach, M. M., & Mchugh, R. K. (2019). The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review* HHS Public Access. *Drug Alcohol Depend*, *200*, 95–114. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.033>
 25. Wakida, E. K., Talib, Z. M., Akena, D., Okello, E. S., Kinengyere, A., Mindra, A., & Obua, C. (2018). Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: A systematic review 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. In *Systematic Reviews* (Vol. 7, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0882-7>

9. ANEXOS E APÊNDICES:

9.1. Questionário de avaliação do Programa de Orientação para a prescrição e acompanhamento de benzodiazepínicos e Drogas Z na Atenção Primária a Saúde

I. Primeira semana - entrega de material

1. Material impresso:

1.1. Em relação a aparência do material impresso: 0 a 10

1.1.1. Ficha de acompanhamento

1.1.2. Folheto informativo

1.1.3. Livreto

1.2. Em relação a clareza das informações: 0 a 10

1.2.1. Ficha de acompanhamento

1.2.2. Folheto informativo

1.2.3. Livreto

1.3. Em relação a aplicabilidade: 0 a 10

1.3.1. Ficha de acompanhamento

1.3.2. Folheto informativo

1.3.3. Livreto

2. Vídeos: 0 a 10

2.1. Duração

2.2. Qualidade das informações

2.3. Formato

II. Segunda e terceira semanas

1. Você conseguiu utilizar as ferramentas do programa?

sim não

2. se utilizou: como foi?

fácil

indiferente

difícil. Neste caso, o que poderia melhorar?

3. se não utilizou foi por quê?

achou desnecessário

achou trabalhoso

não quis utilizar

III. Quarta semana:

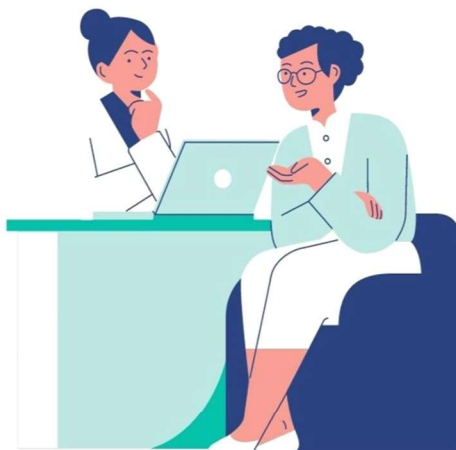
1. Quais foram as dificuldades encontradas na aplicação do programa?

2. Como você percebeu a reação dos pacientes a esse novo tipo de abordagem?

3. Você teria alguma sugestão para contribuir com o aprimoramento do programa?



Programa de Orientação e Acompanhamento para Prescrição de Benzodiazepínicos e Drogas Z na Atenção Primária à Saúde





Produto do Mestrado Profissional em Transtornos Aditivos e Saúde Mental - HCPA/UFRGS

Autor: Karen Lobo Anicet

Orientadora: Prof. Dra. Anne Orgler Sordi

Julho, 2022





Sumário

1. Carta Convite	4
2. Introdução.....	5
3. Base teórica.....	7
4. Vídeos explicativos para os médicos.....	10
5. Ficha de acompanhamento.....	11
6. Folheto explicativo para os pacientes.....	13
7. Link e contato	15
8. Bibliografia	16
9. Contato.....	18





1. Carta Convite:

Prezado médico da Atenção Primária à Saúde,
É com imensa satisfação que convido você a conhecer o Programa de Orientação e Acompanhamento para a Prescrição de Benzodiazepínicos e Drogas Z na Atenção Primária à Saúde.

Este programa foi desenvolvido para os médicos clínicos que atuam na Atenção Primária com a intenção de organizar a prescrição dos benzodiazepínicos e das drogas Z, fornecendo subsídios para a correta indicação de tratamento. Além disso, o programa visa orientar tanto o acompanhamento do paciente, quanto ao processo de retirada da medicação, o que previne o desenvolvimento de tolerância e os sintomas de abstinência.

Atenciosamente,

Karen Lobo Anicet





2. Introdução:

O **Programa de Orientação e Acompanhamento para a Prescrição de Benzodiazepínicos e Drogas Z na Atenção Primária à Saúde** é um produto do Mestrado Profissional em Transtornos Aditivos e Saúde Mental. Foi desenvolvido com o objetivo de orientar os médicos clínicos da Atenção Primária na prescrição, no monitoramento e na retirada dessas medicações e, com isso, evitar que os pacientes desenvolvam abuso ou dependência de benzodiazepínicos ou de drogas Z.

A partir de uma ampla revisão da literatura nas principais bases de dados disponíveis, ficou evidente a existência de múltiplos protocolos sobre as indicações e o risco de dependência. Mas pouco se fala a respeito da monitorização, do acompanhamento necessário na prescrição destas medicações e do procedimento na hora da retirada. O conteúdo deste programa priorizou as Diretrizes da Associação Médica Brasileira publicada em conjunto com a Associação Brasileira de Psiquiatria.





O programa é composto por:

- 4 vídeos de orientação aos médicos com duração média de 7 minutos
- 1 ficha de acompanhamento que deverá ser entregue aos pacientes durante a consulta, no momento em que for realizada a indicação da medicação
- 1 folheto informativo que deverá ser entregue aos pacientes





3. Base teórica:

Os Benzodiazepínicos são medicamentos amplamente utilizados devido aos seus efeitos hipnóticos, sedativos, anticonvulsivantes, miorreaxantes e ansiolíticos. Esses fármacos têm um início de ação rápido e são seguros em doses terapêuticas. No entanto, essas medicações têm um risco potencial de desenvolver tolerância, dependência e sintomas de abstinência.

Estima-se que a prevalência do uso de benzodiazepínicos entre os brasileiros seja de 5,6% a 21% da população geral, sendo mais frequente em mulheres e idosos. A taxa estimada de dependência é de 0,5%. Dentre os pacientes que ficam dependentes de benzodiazepínicos, a metade gostaria de parar de usar, porém 30% deles acreditam que os médicos estimulam seu uso.

As drogas Z são hipnóticos não benzodiazepínicos. Elas foram sintetizadas para ter um perfil de segurança melhor que dos benzodiazepínicos, no entanto, há relatos de abuso e dependência destas substâncias.

Tanto os benzodiazepínicos quanto as drogas Z são medicamentos cujo uso tem início a partir de uma prescrição médica. Atualmente, 1 em cada 10 adultos recebem prescrição de benzodiazepínicos a cada ano. Sendo que a maior parte destas receitas provém da Atenção Primária à Saúde.





O desenvolvimento de dependência pode ocorrer após um tempo prolongado de uso, mesmo em doses terapêuticas. Por este motivo, o médico deve avaliar a indicação e o tempo do uso destas medicações e seguir reavaliando o custo-benefício desta indicação em cada consulta.

A dependência de benzodiazepínicos tem algumas particularidades em relação aos outros tipos de dependência. Por exemplo, o uso incorreto desses medicamentos é facilitado pelos próprios profissionais da saúde fornecendo receitas sem reavaliar a indicação. O quadro da síndrome de dependência pode não ser tão claro, pois muitas vezes os sintomas de abstinência podem parecer a reagudização do sintoma que originou o uso (ex: ansiedade).

Podemos pensar que existe um problema quando:

- o uso de benzodiazepínicos não está bem indicado
- o paciente faz uso não médico do benzodiazepínico através de autodiagnóstico e/ou automedicação
- o paciente apresenta sintomas de abstinência
- o paciente passa a necessitar de doses cada vez maiores
- o paciente busca a receita médica com frequência maior do que o previsto

Muitos usuários crônicos relatam facilidade em adquirir a medicação somente informando que fazem uso prévio, mesmo sem mencionar a indicação terapêutica.





Algumas populações apresentam um risco especial para o desenvolvimento de dependência. São elas:

- pacientes com transtornos mentais
- pacientes com transtorno por uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas
- mulheres acima de 50 anos
- pessoas com insônia ou outros transtornos do sono

O uso de longo prazo dos benzodiazepínicos não é recomendado em função dos riscos de tolerância e de dependência, dos riscos aumentados de alterações cognitivas, quedas com possíveis fraturas e acidentes de trânsito.

O desenvolvimento de dependência de benzodiazepínicos relaciona-se com o tempo de uso e com fatores individuais como predisposição genética, dependência de outras substâncias e características de personalidade. Quanto maior o tempo de uso, maior é a chance de desenvolver tolerância (fenômeno natural decorrente da exposição a substância) e do aparecimento de sintomas de abstinência durante a retirada.





4. Os vídeos:

O programa possui 4 vídeos explicativos de curta duração que estão disponíveis na plataforma Youtube.

O primeiro fala brevemente sobre os benzodiazepínicos, as drogas Z, epidemiologia, surgimento de tolerância e de dependência. (https://youtu.be/a5W_IDGSllw)

O segundo fala sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de dependência e quando suspeitar que o paciente está dependente. (https://youtu.be/a5W_IDGSllw)

O terceiro explica a utilização da ficha de acompanhamento e mostra o folheto que deverá ser entregue aos pacientes. (<https://youtu.be/wfgchay9fZs>)

O quarto vídeo fornece orientações a respeito da retirada da medicação. (<https://youtu.be/cDeKOlxc9d4>)





5. A ficha de acompanhamento

Outro componente do programa, a ficha de acompanhamento tem como objetivo a visualização das indicações de tratamento, do histórico de prescrições, do plano de tratamento e do prazo estimado para retirada.

A seguir, está a ficha de acompanhamento

parte externa da ficha



Ficha de acompanhamento


Programa para orientação e acompanhamento para prescrição de benzodiazepínicos na atenção primária a saúde

Nome:

Cartão SUS:

Sexo: () Masc () Fem () outro

Idade:





parte interna da ficha



**Indicação para o uso de benzodiazepínico
ou droga Z**

- Ansiedade
- Insônia
- Fibromialgia
- Transtornos de humor
- Transtornos psicóticos
- Transtorno por uso de substâncias
- Outra patologia clínica:

Plano de Tratamento:

- a) tempo de tratamento previsto
- b) plano de retirada:

Data	dose	receita e número de comprimidos	conduta	retorno
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				

A ficha de acompanhamento deve ser preenchida na primeira consulta. Ela será entregue para o paciente e este deverá trazê-la nas consultas subsequentes. Desta forma, o médico conseguirá visualizar as prescrições, a indicação, e o tempo de uso, mesmo se a consulta anterior for feita por outro médico.





6. O folheto explicativo

A retirada das medicações depende de um acordo entre médico e paciente. Psicoeducação e informação são importantes aliadas para este fim. Por isso, o folheto foi criado.

O folheto deverá ser entregue pelo médico junto com a receita de benzodiazepínicos ou de drogas Z e com a ficha de acompanhamento na primeira consulta. Esse explica a respeito das indicações de uso, dos riscos e orienta o paciente onde ele deve buscar ajuda quando suspeitar de dependência.

O folheto foi formulado em uma linguagem simples e de fácil entendimento com informações básicas que subsidiam a proposta de usar benzodiazepínicos e drogas Z por um período de tempo curto e com indicações claras.

A seguir está o folheto que será distribuído aos pacientes.





Parte interna do folheto



ATENÇÃO

indicações de uso

Os benzodiazepínicos (diazepam, clonazepam, bromazepam, etc) são medicações indicadas para tratar insônia, ansiedade, epilepsia e proporcionar relaxamento muscular.

As drogas Z (zolpidem, Zopiclone) são medicamentos indutores do sono.

riscos do uso

- desenvolvimento da dependência
- quedas e fraturas
- hipotensão
- tonturas
- alterações na memória e na concentração
- acidentes de trânsito
- alterações de humor
- ansiedade



QUANDO SUSPEITAR DE DEPENDÊNCIA

- necessidade de usar a medicação por mais do que 12 semanas
- parece que a medicação não faz mais efeito e tem que aumentar a dose
- precisa da medicação para fazer as atividades do dia a dia
- toma a medicação para evitar a sensação de desconforto

o que fazer se suspeitar de dependência?

Procure e converse com seu médico. Ele vai orientar sobre a melhor forma de descontinuar a medicação, sem sofrimento e com formas alternativas para resolver seu problema. Outras medicações podem ajudar sem causar dependência.





parte externa do folheto



Onde buscar ajuda?

- na UBS: com o médico clínico geral
- no CAPS: quando seu médico indicar ou se você já for paciente do CAPS
- no pronto-atendimento: em situações de crise ou em casos de intoxicação aguda



Benzodiazepínicos e Drogas Z





7. Bibliografia:

- 1. Associação Médica Brasileira (Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Brasileira de Neurologia): Abuso e dependência de Benzodiazepínicos (diretrizes@amb.org.br) (outubro/2013)
- 2. Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93–107. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- 3. Brahmbhatt, A., Richardson, L., & Prajapati, S. (2021). Identifying and Managing Anxiety Disorders in Primary Care. *Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.10.019>
- 4. Breilmann, J., Girlanda, F., Guaiana, G., Barbui, C., Cipriani, A., Castellazzi, M., Bighelli, I., Davies, S. J., Furukawa, T. A., & Koesters, M. (2019). Benzodiazepines versus placebo for panic disorder in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD010677. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010677.pub2>
- 5. Conejo-Cerón, S., Moreno-Peral, P., Rodríguez-Morejón, A., Motrico, E., Navas-Campaña, D., Rigabert, A., Martín-Pérez, C., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I., Luna, J. de D., García-Campayo, J., Roca, M., & Bellón, J. Á. (2017). Effectiveness of psychological and educational interventions to prevent depression in primary care: A systematic review and meta-analysis. In *Annals of Family Medicine* (Vol. 15, Issue 3, pp. 262–271). *Annals of Family Medicine, Inc.* <https://doi.org/10.1370/afm.2031>
- 6. Costa, C. A. F. da, Cavalcante, J. N., Souza, N. G. de, & Ribeiro, H. H. F. (2020). Uso indiscriminado dos benzodiazepínicos na sociedade moderna: uma revisão sistemática/ Indiscriminated use of benzodiazepines in modern society: a systematic review. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 18067–18075. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-207>
- 7. Creupelandt, H., Anthierens, S., Habraken, H., Declercq, T., Sirdifield, C., Siriwardena, A. N., & Christiaens, T. (2017). Teaching young GPs to cope with psychosocial consultations without prescribing: adurable impact of an emodule on determinants of benzodiazepines prescribing. *BMC Medical Education*, 17(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1100-3>
- 8. Davies, J., Rae, T. C., & Montagu, L. (2017). Long-term benzodiazepine and Z-drugs use in the UK: A survey of general practice. *British Journal of General Practice*, 67(662), e609–e613. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X691865>
- 9. Diehl, Alessandra; Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas- Artmed-Porto Alegre, 2011. P. 170-179





- 10. Enomoto, M., Kitamura, S., Tachimori, H., Takeshima, M., & Mishima, K. (2020). Long-term use of hypnotics: Analysis of trends and risk factors. *General Hospital Psychiatry*, 62, 49–55. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.11.008>
- 11. Fiorelli, K., & Assini, F. L. (2017). A prescrição de benzodiazepínicos no Brasil: uma análise da literatura. *ABCS Health Sciences*, 42(1). <https://doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.948>
- 12. Hata, T., Kanazawa, T., Hamada, T., Nishihara, M., Bush, A. I., Yoneda, H., Nakajima, M., & Katsumata, T. (2018). What can predict and prevent the long-term use of benzodiazepines? *Journal of Psychiatric Research*, 97, 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.11.012>
- 13. Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., Antony, M. M., Bouchard, S., Brunet, A., Flament, M., Rabheru, K., Grigoriadis, S., Richter, P. M. A., Mendlowitz, S., O'Connor, K., Robichaud, M., Walker, J. R., Asmundson, G., Klassen, L. J., ... Szpindel, I. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. In *BMC Psychiatry* (Vol. 14, Issue SUPPL.1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
- 14. Madruga, C. S., Paim, T. L., Palhares, H. N., Miguel, A. C., Massaro, L. T. S., Caetano, R., & Laranjeira, R. R. (2019). Prevalence of and pathways to benzodiazepine use in brazil: The role of depression, sleep, and sedentary lifestyle. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 41(1), 44–50. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0088>
- 15. McHugh, R. K. (2015). Treatment of co-occurring anxiety disorders and substance use disorders. In *Harvard Review of Psychiatry* (Vol. 23, Issue 2, pp. 99–111). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000058>
- 16. McHugh, R. K., Peckham, A. D., Björgvinsson, T., Korte, F. M., & Beard, C. (2020). Benzodiazepine misuse among adults receiving psychiatric treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 128, 33–37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.020>
- 17. Mental health. (n.d.). Retrieved April 18, 2021, from https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2
- 18. Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Rubio-Valera, M., Fernández, A., Navas-Campaña, D., Rodríguez-Morejón, A., Motrico, E., Rigabert, A., De Dios Luna, J., Martín-Pérez, C., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I., Luciano, J. V., & Bellón, J. Á. (2017). Effectiveness of psychological and/or educational interventions in the prevention of anxiety: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry*, 74(10), 1021–1029. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2509>



Se você precisar de maiores esclarecimentos, mande um e-mail para:

karen.anicet@gmail.com

Atenciosamente,
Karen Lobo Anicet

