

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG**

**Avaliação do uso de clonazepam pela população vinculada a uma unidade do Programa Saúde da Família em Teófilo Otoni – MG.**

**Pablo Oliveira de Deus**

**Teófilo Otoni – MG**

**Junho 2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS - UFMG**

**PABLO OLIVEIRA DE DEUS**

**Avaliação do uso de clonazepam pela população vinculada a  
uma unidade do Programa Saúde da Família em Teófilo  
Otoni – MG.**

**Trabalho de conclusão de curso  
apresentado a Universidade  
Federal de Minas, como  
requisito parcial para a  
obtenção do título de  
Especialista em Atenção Básica  
em Saúde da Família.**

**Orientadora: Marília Rezende da Silveira**

**Teófilo Otoni – MG**

**Junho 2011**

## Resumo

Como a forte tendência nestes tempos diz respeito às doenças psicossociais, ao estresse, aos vícios no uso de medicamentos, enfrenta-se o abuso na utilização de benzodiazepínicos, modernamente o uso do clonazepam, associado amplamente à prescrição dos demais fármacos a maioria dos pacientes, sendo assim, uma das drogas mais consumidas no país. Os benzodiazepínicos são drogas hipnóticas e ansiolíticas bastante utilizadas na prática clínica. Com a proposta de averiguar circunstâncias em que o fármaco foi prescrito inicialmente, e onde foi prescrito, este trabalho busca verificar as indicações clássicas, levantar as possíveis dependências e discutir o uso abusivo e indiscriminado de benzodiazepínicos entre os usuários da ESF São Jacinto, Teófilo Otoni-MG. Neste trabalho, inicialmente, foi feita uma pesquisa bibliográfica sobre o uso indiscriminado de benzodiazepínicos, procedeu-se revisão em todos os prontuários buscando identificar os pacientes em uso de benzodiazepínicos e dentre estes, aqueles em uso de clonazepam. Por último, procuraram-se as indicações para o uso desses fármacos e onde, primariamente essa prescrição foi efetuada. Os usuários em uso de benzodiazepínicos entre eles o clonazepam, corresponde a 2,12 % da população o que nos parece um pequeno percentual, mas não temos um parâmetro de comparação porque faltam dados e estudos em outras ESF. Fica evidenciado nesse trabalho que a prescrição feita pela ESF através do clínico geral não deixa claro as indicações para o uso dessa medicação. Foi observado que os prontuários dos usuários que deveriam conter informações precisas relacionadas aos tipos de Benzodiazepínicos, utilizados pela população adscrita à ESF, indicação, dosagem, acompanhamento da evolução do tratamento, se apresentam com falta do registro de informações o que dificulta o seguimento desse usuário.

**Descritores:** BENZODIAZEPÍNICOS, PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

## **Abstract**

As the strong tendency in these times with respect to psychosocial diseases, stress, addiction to the use of drugs, faces abuse in the use of benzodiazepines, clonazepam use of modern, widely associated with the prescription of other drugs most patients, therefore, one of the most frequently used drugs in the country. The benzodiazepine anxiolytic and hypnotic drugs are widely used in clinical practice. With the proposal to ascertain the circumstances in which the drug was initially prescribed, and where it was prescribed, this study aims to verify the classical indications, raise and discuss the possible dependencies Indiscriminate use of benzodiazepines among users of the FHS San Jacinto, Theophilus Otoni -MG. This work was initially carried out a literature search on the indiscriminate use of benzodiazepines, we proceeded to review all medical records in order to identify those patients using benzodiazepines and among them those in use clonazepam. Finally, they sought the indications for use of these drugs and where, primarily that prescription was made. Users in use of benzodiazepines including clonazepam, corresponds to 2.12% of the population which seems a small percentage, but we do not have a benchmark because they lack data and studies in other FHS. Evidenced in this work that the prescription made by the ESF through the general practitioner is not clear indications for the use of this medication. It was observed that the records of the users who should be accurate to the types of Benzodiazepines, used to the population of FHS, indication, dosage, monitoring of treatment progress, present with lack of record keeping which makes the action that user.

**Descriptors:** BENZODIAZEPINICOS, FAMILY HEALTH PROGRAM.

## Sumário

<b>1. Introdução</b> .....	06
<b>2. Objetivo</b> .....	08
<b>3. Materiais e Métodos</b> .....	09
<b>4. Revisão de Literatura</b> .....	11
<b>4.1. Programa da Saúde da Família</b> .....	11
<b>4.2 Benzodiazepínicos</b> .....	13
4.2.1 Histórico dos Benzodiazepínicos .....	13
4.2.2. Indicações .....	14
4.2.3. Mecanismo de Ação .....	14
4.2.4 Dependência .....	14
<b>4.3 Clonazepam</b> .....	15
<b>5. Apresentação Discussão dos resultados</b> .....	18
<b>6. Conclusão</b> .....	24
<b>Referências</b> .....	25

## 1- Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) criado pelo Ministério da Saúde em 1994, faz parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema assistencial do SUS e aponta “possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes” (PEDROSA, 2001). Assim pensado, o programa concentra esforços e potencializa ações de prevenção e assistência em um território específico.

A lógica da estratégia é a prevenção promoção e recuperação da saúde a partir de uma equipe multiprofissional, “com multiplicidade de abordagens” (RIBEIRO, 2004) o que se torna o pressuposto para a integralidade das ações de saúde, mas isso requer a construção de um projeto assistencial único para atender com qualidade e resolutividade as necessidades da comunidade e do indivíduo, reconhecendo que as pessoas não escolhem viver ou trabalhar juntos, mas formam novo conjunto diante de cada nova situação que se apresenta com todas as suas representações olhares e vivências anteriores (PEDROSA, 2001).

No PSF, o profissional de enfermagem vem exercendo diretamente junto à população o papel de orientador na prevenção de doenças, e já tem esse papel reconhecido pela população (COTTA, 2008). Fora do costume, mas com grande importância e responsabilidade, a enfermagem tem assumido o papel importante de vigilante sanitário, no que diz respeito ao acompanhamento do usuário que faz uso contínuo e ou vicioso de medicamentos (NASCIMENTO, 2005).

Nesse contexto, o estudo das condutas medicamentosas, através de drogas como o clonazepam que tem indicação clássica na epilepsia, na síndrome do pânico, na síndrome das pernas inquietas, dentre outras, se reveste de grande importância para o papel de orientador e cuidador do profissional de enfermagem (NARDI, 1999; GRUPO BRASILEIRO E ESTUDOS EM SINDROMES DAS PERNAS INQUIETAS (GBE-SPI), 2007; GREEN, 2005).

Com a operacionalização do Programa de Saúde da Família como estratégia para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), a lógica das ações centradas no modelo biomédico e hospitalocêntrico dão lugar, na base das políticas de saúde, a uma forte ação comunitária, preventiva em primeiro lugar, de

caráter multiprofissional e com importante participação do profissional de enfermagem. Uma das grandes tarefas do profissional de enfermagem reside na vigilância da adesão do usuário ao tratamento prescrito.

Neste contexto, observado na minha prática diária que a equipe do PSF vem enfrentando no seu cotidiano, dificuldades para lidar com os usuários que fazem uso de benzodiazepínicos e principalmente, com os usuários que desejam por conta própria tal medicação, que vem sendo, associada amplamente à prescrição dos demais fármacos, para a maioria dos pacientes.

Devido há elevada procura de medicamentos como os benzodiazepínicos entre os usuários vinculados a ESF São Jacinto, notadamente o clonazepam, há que se estudar uma possível dependência química da droga, associada, nesses casos.

Com a proposta de averiguar circunstâncias em que o fármaco foi prescrito inicialmente, e onde foi prescrito, este trabalho busca verificar as indicações clássicas, e levantar as possíveis dependências. Muito se fala em dependência dos benzodiazepínicos, mas não se encontra trabalhos em que esse foco esteja elencado dentre os objetivos.

## 2 Objetivo

- Discutir o uso abusivo e indiscriminado de benzodiazepínicos entre os usuários da ESF São Jacinto, Teófilo Otoni-MG.

### 3- Materiais e Métodos

Neste trabalho, inicialmente, foi feita uma pesquisa bibliográfica dos principais estudos da literatura sobre o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pela população. A coleta de dados foi realizada durante os meses janeiro e fevereiro, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), utilizando os descritores benzodiazepínicos e programa saúde da família. O material didático disponibilizado pelo CEABSF, as Linhas Guias da Atenção Básica de Saúde, manuais do Ministério da Saúde, artigos científicos foram fundamentais nesta etapa. As bases de dados considerados 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). Após o levantamento bibliográfico, foram excluídos os artigos repetidos e posteriormente realizada a leitura dos resumos dos artigos e descartados os que não se encaixavam no tema proposto.

Primeiramente foram estudados todos os materiais e posteriormente elaborado o referencial teórico. A partir deste levantamento, procedeu-se uma revisão em todos os prontuários dos clientes adstritos à Estratégia da Saúde da Família da Unidade São Jacinto, Teófilo Otoni, Minas Gerais, buscando identificar todos os pacientes em uso de benzodiazepínicos.

Separado esse grupo, buscou-se qualificar farmacologicamente, os benzodiazepínicos e ainda, dentre estes, aqueles em uso de clonazepam.

Por último, procuraram-se as indicações para o uso desses fármacos e onde, primariamente essa prescrição foi efetuada.

Classificou-se a prescrição quanto a sua origem, sendo um primeiro grupo àquelas efetuidas primariamente no CAPS - Centro de Atenção Psico-Social e cujos pacientes foram descentralizados dessas Unidades e passaram a ser atendidos, em seu distúrbio mental, na Unidade da ESF, e, um segundo grupo para as prescrições originadas na própria Unidade da ESF. Ainda, ocorreu um terceiro grupo onde não há origem precisa da prescrição inicial e nem mesmo da indicação precisa.

Para esse levantamento os documentos utilizados foram os prontuários dos pacientes, cujo uso de benzodiazepínicos foi identificado. As Fichas A, correspondentes às famílias cadastradas na Unidade de saúde do São Jacinto.

Esse estudo teve seu desenho planejado dentro de um caráter transversal, qualitativo em seu levantamento básico, e, posteriormente os dados receberam um tratamento quantitativo quando da sua condensação e da aplicação estatística usada. Para essa finalidade utilizou-se o pacote estatístico Excel 2007 da Microsoft Corporations.

Os resultados são apresentados, a seguir, em tabelas e gráficos.

## **4- Revisão de Literatura**

### **4.1- Programa da Saúde da Família**

Implantado em 1994, por meio da portaria número 1887/97 do Ministério da Saúde, o PSF é considerado uma estratégia de mudança e de organização da Atenção Básica do SUS para uma efetiva melhoria das condições de vida da comunidade. Busca acolher integralmente as necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais, interferindo nos padrões de produção de saúde e doença e conseqüentemente, melhorando os indicadores de saúde (LIMA, 2005). É um modelo de atenção de caráter substitutivo que, demanda novas práticas, resultando na reorganização do processo de trabalho, o que permite uma nova lógica de estruturação de espaço físico nas USF (BRASIL, 2004).

Segundo Figueiredo (2004), o PSF reconhecido como estratégia para a mudança do modelo assistencial a partir da atenção básica trabalha com uma lógica centrada nas famílias e nos problemas identificados em seu território, dando ênfase à promoção da saúde. O PSF se apresenta como uma construção coletiva, mediante um processo de ações sociais conscientes, intencionais, munidas de conhecimento e informação, e foi apoiada na legitimidade. É considerada estratégia prioritária pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tendo como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

O PSF surgiu com a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde, em que o desafio era a implementação efetiva do SUS a partir da adesão dos secretários municipais de saúde. Os princípios recomendados pelo PSF são: territorialização, vinculação com a população, garantia de integralidade na atenção, trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar, ênfase na promoção da saúde, com fortalecimento das ações intersetoriais, e estímulo à participação da comunidade, entre outros (FIGUEIREDO, 2004). Assim, o ESF é uma estratégia

de assistência que tem como meta a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população em geral.

Pode-se afirmar que a ESF busca romper com paradigmas cristalizados historicamente, incorporando um novo olhar, um novo pensar e um novo fazer, na qual o foco passe a ser a saúde e não a doença, a família e não o indivíduo; a equipe e não o médico, e a intersetorialidade numa perspectiva de trabalhar de forma articulada com outros setores a fim de buscar soluções para adversidade de problemas de saúde de suas comunidades. Embora tenha seu foco de atenção centrado na família, priorizando a saúde do ser humano em sua singularidade e na coletividade, o PSF caracteriza-se como uma estratégia de estruturação do SUS, incorporando seus princípios básicos: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, cujas bases firmam-se nas famílias e nas comunidades como motor organizativo de todo o sistema de saúde do país (SOUZA, 2003). O enfoque da saúde, entendendo o indivíduo como um todo foi muito importante para a população em geral, pois a partir de então, a política de saúde sofreu significativas modificações e as estratégias de atuação foram centradas na proposição de programas de promoção à saúde.

Recomenda-se que cada equipe assista de 600 a 1000 famílias o que corresponde de 3000 a 4000 habitantes (limite máximo). Cada equipe deve ser composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e até 12 ACS que se responsabilizam por uma micro área onde residam de 400 a 750 pessoas (BRASIL, 2002).

O PSF não é um local de triagem onde a maior parte dos casos é encaminhada para os serviços especializados. É um local onde cerca de 85% dos problemas mais comuns de saúde da comunidade devem ser solucionados. Sendo necessário, dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso (BRASIL, 2004).

## **4.2 Benzodiazepínicos**

### **4.2.1 Histórico dos Benzodiazepínicos**

Segundo Silva (1999), os Benzodiazepínicos (BDZs) são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60. Para a autora, o Clordiazepóxido foi o primeiro BDZ lançado no mercado (1960), cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorelaxantes. Além da elevada eficácia terapêutica, os BDZs apresentaram baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores estes que propiciaram uma rápida aderência da classe médica a esses medicamentos (1-2).

Nos anos posteriores foram observados os primeiros casos de uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância, de síndrome de abstinência e de dependência pelos usuários crônicos de BDZs (3). Tais evidências modificaram a postura da sociedade em relação aos BDZs que, do auge do entusiasmo nos anos 70, passou à restrição do uso a partir da década seguinte (4). Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso destes medicamentos pela população chegou a atingir 11,1% em 1979, diminuindo para 8,3%, em 1990 (ORLANDI, PAULA E NOTO, ANA REGINA .2005).

Os autores acrescentam ainda que o uso prolongado de BDZs, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. A possibilidade de desenvolvimento de dependência deve sempre ser considerada, principalmente na vigência de fatores de risco para a mesma, tais como uso em mulheres idosas, em poliusuários de drogas, para alívio de estresse, de doenças psiquiátricas e distúrbios do sono. Também é comum a observação de overdose de BDZs entre as tentativas de suicídio, associados ou não a outras substâncias.

### **4.2.2 Indicações**

De acordo com Silva (1999), as benzodiazepinas substituíram largamente os barbitúricos nas suas utilizações. Ao contrário daqueles, não têm ação depressora do centro respiratório, sendo por isso de uso mais seguro, além de terem maior especificidade sobre a sintomatologia ansiosa.

- Ansiedade simples ou secundária
- Insônias
- Convulsões
- Epilepsia: só algumas.
- Indução da hipnose
- Delirium tremens
- Como adjuvante na indução da anestesia geral.
- Em procedimentos médicos invasivos para acalmar o doente (endoscopia).
- Como relaxante muscular.

### **4.2.3- Mecanismo de ação**

Agem sobre um subreceptor específico, o receptor das benzodiazepinas, no receptor A do GABA, um neurotransmissor inibitório do SNC. Tornam os receptores GABA a mais sensíveis à ativação pelo próprio GABA (agem num subreceptor da proteína do receptor). O GABA é um neurotransmissor que abre canais de cloro, hiperpolarizando o neurônio e inibindo a geração de potencial de ação. Ou seja, potenciam o efeito do GABA fisiológico no seu próprio receptor (SILVA, 1999).

### **4.2.4 Dependência**

Causam dependência psicológica e física, dependente da dosagem e duração do tratamento. A dependência física estabelece-se após 6 semanas de

uso, mesmo que moderado. Os problemas de dependência e abstinência/privação são comparáveis aos de outras substâncias que causam dependência, tendo-se transformado, nos países aonde há um uso mais generalizado, num problema de saúde pública, que só agora começa a ser reconhecido na sua verdadeira escala (SILVA, 1999).

De acordo com Silva (1999), o uso crônico cria tolerância obrigando a aumentar a dose para obter os mesmos efeitos, razão por que atualmente não está indicada a sua administração para lá das três semanas, em casos não complicados.

O seu síndrome de privação/abstinência após uso prolongado (mais de 2 meses) inicia-se alguns dias após paragem da administração, atingindo um período ainda desconhecido que pode ir até aos dois, três anos. Caracteriza-se por tremores, tonturas, ansiedade, insónias, perda do apetite, delirium tremens, delusões, suores, e por vezes convulsões ou psicoses (SILVA, 1999).

### **4.3 Clonazepam**

O clonazepam é um benzodiazepínico derivado do nitrazepam, pois, através do processo de cloração (em química orgânica, chama-se halogenação) do nitrazepam, é possível obter-se além do próprio clonazepam, o flunitrazepam. O clonazepam é considerado um "benzodiazepínico clássico", pois além de ser um dos que possuem estrutura molecular mais simples, também foi um dos primeiros a ser sintetizados em laboratório, juntamente com o diazepam, lorazepam, oxazepam, nitrazepam, flurazepam, bromazepam e clorazepato (VALENÇA, 2000).

O clonazepam é quase completamente absorvido após administração oral, sendo sua absorção mais lenta quando administrado. A biodisponibilidade absoluta do clonazepam é maior do que 90%. As concentrações plasmáticas

máximas de clonazepam são alcançadas dentro de 2-3 horas após a administração oral. Quando administrado por via intra-venosa, seu efeito sedativo ocorre aproximadamente 5 minutos após a administração. O clonazepam é eliminado por biotransformação, com a eliminação subsequente de metabólitos na urina e bile. Menos que 2% de clonazepam inalterado é excretado na urina. Em estudos feitos, a concentração do clonazepam nas fezes foi inferior a 0,5% (VALENÇA, 2000).

A biotransformação ocorre principalmente pela redução do grupo *7-nitro* para o derivado *4-amino*. O produto pode ser acetilado para formar *7-acetamido-clonazepam* ou glucuronizado. O *7-acetamido-clonazepam* e o *7-aminoclonazepam* podem ser adicionalmente oxidados e conjugados. Os citocromos P-450 da família 3A desempenham um importante papel no metabolismo de clonazepam. A meia-vida de eliminação de clonazepam é de 33 a 40 horas. O clonazepam está ligado em 82% a 88% às proteínas plasmáticas. Não existem evidências de que o clonazepam induz seu próprio metabolismo ou o metabolismo de outras drogas em humanos (RANG, H.P. *et al.*, 2004).

Suas indicações de Segundo Rang, H. P. et al. (2004), as principais indicações de Clonazepam, utilizado isoladamente ou como adjuvante (auxiliar), são o tratamento de crises epiléticas, de crises de ausências típicas (pequeno mal), de ausências atípicas (síndrome de Lennox-Gastaut). O Clonazepam está indicado como medicação de segunda linha em espasmos infantis (Síndrome de West). Em crises epiléticas do tipo grande mal, parciais simples, parciais complexas e tônico-clônicas generalizadas secundárias, Clonazepam está indicado como tratamento de terceira linha. Esse medicamento também tem o seu emprego indicado para o tratamento de transtornos de ansiedade como distúrbio do pânico, fobia social (medo de enfrentar situações como falar em público), transtornos do humor, transtorno afetivo bipolar, tratamento da mania e depressão maior como adjuvante de antidepressivos (depressão ansiosa e na fase inicial de tratamento).

Esse medicamento também tem seu emprego recomendado em algumas síndromes psicóticas, tratamento da acatisia, tratamento da síndrome das pernas

inquieta, tratamento da vertigem e sintomas relacionados à perturbação do equilíbrio, como náuseas, vômitos, pré-síncope ou síncope, quedas, zumbidos, distúrbios auditivos, e outros. Tratamento da síndrome da boca ardente (RANG, H. P. *et al.*, 2004).

As contra-indicações de acordo com Rang, H.P. *et al.* (2004), o Clonazepam não deve ser usado por pacientes com história de sensibilidade aos benzodiazepínicos ou a qualquer dos componentes da fórmula; é contra-indicado em pacientes com insuficiência respiratória grave, e não deve ser usado em pacientes com evidência significativa de doenças hepáticas. Pode ser usado em pacientes com glaucoma de ângulo aberto quando estão recebendo terapia apropriada, mas é contra-indicado em glaucoma agudo de ângulo fechado.

O clonazepam como muitos outros benzodiazepínicos, pode prejudicar a capacidade da pessoa dirigir ou operar máquinas pesadas. O efeito depressivo do clonazepam no sistema nervoso central pode ser aumentado pelo consumo de álcool. Benzodiazepinas têm demonstrado causar dependência física e psicológica. Pacientes fisicamente dependentes de clonazepam devem ter a dose lentamente diminuída sob supervisão médica para evitar a síndrome de abstinência e seus sintomas (RANG, H. P. *et al.*, 2004).

## 5- Apresentação e discussão do resultados

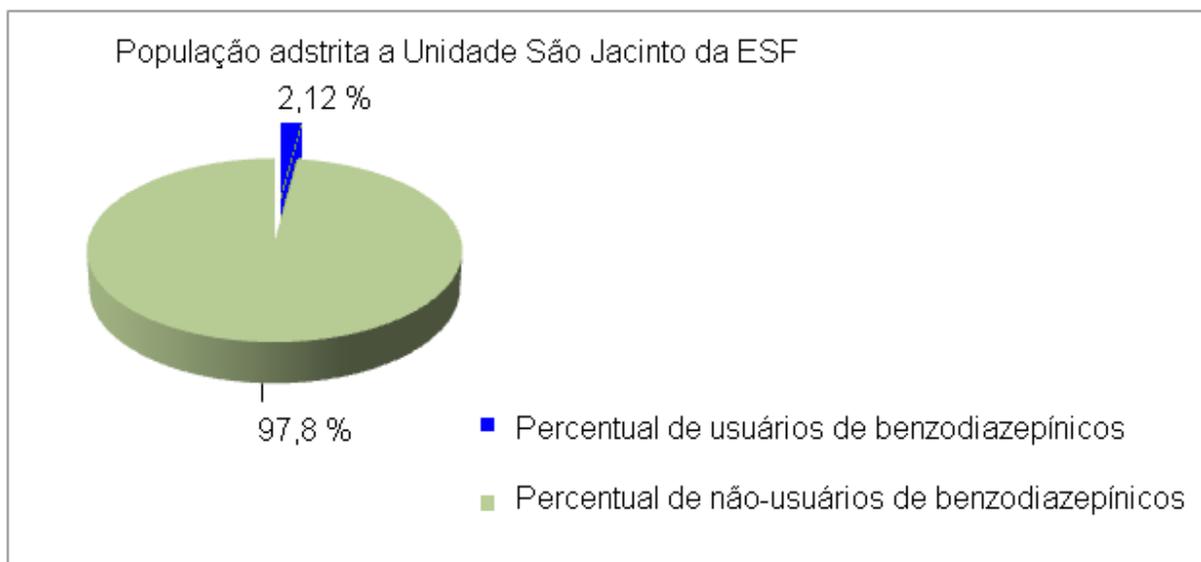
A Unidade São Jacinto da Estratégia da Saúde da Família atende, hoje a grande maioria das famílias do Bairro São Jacinto em Teófilo Otoni-MG, com uma alta média de usuários por família, o que leva o total de usuários adstritos além do recomendado pelo Ministério da Saúde, vide Tabela 1, abaixo.

**Tabela 1** – Dados demográficos da ESF, Unidade São Jacinto, Teófilo Otoni-MG -2011

Número de famílias	Pessoas por família	Total de usuários
1.351	3,6	4.894

Fonte: Ficha de cadastro das famílias ESF São Jacinto.

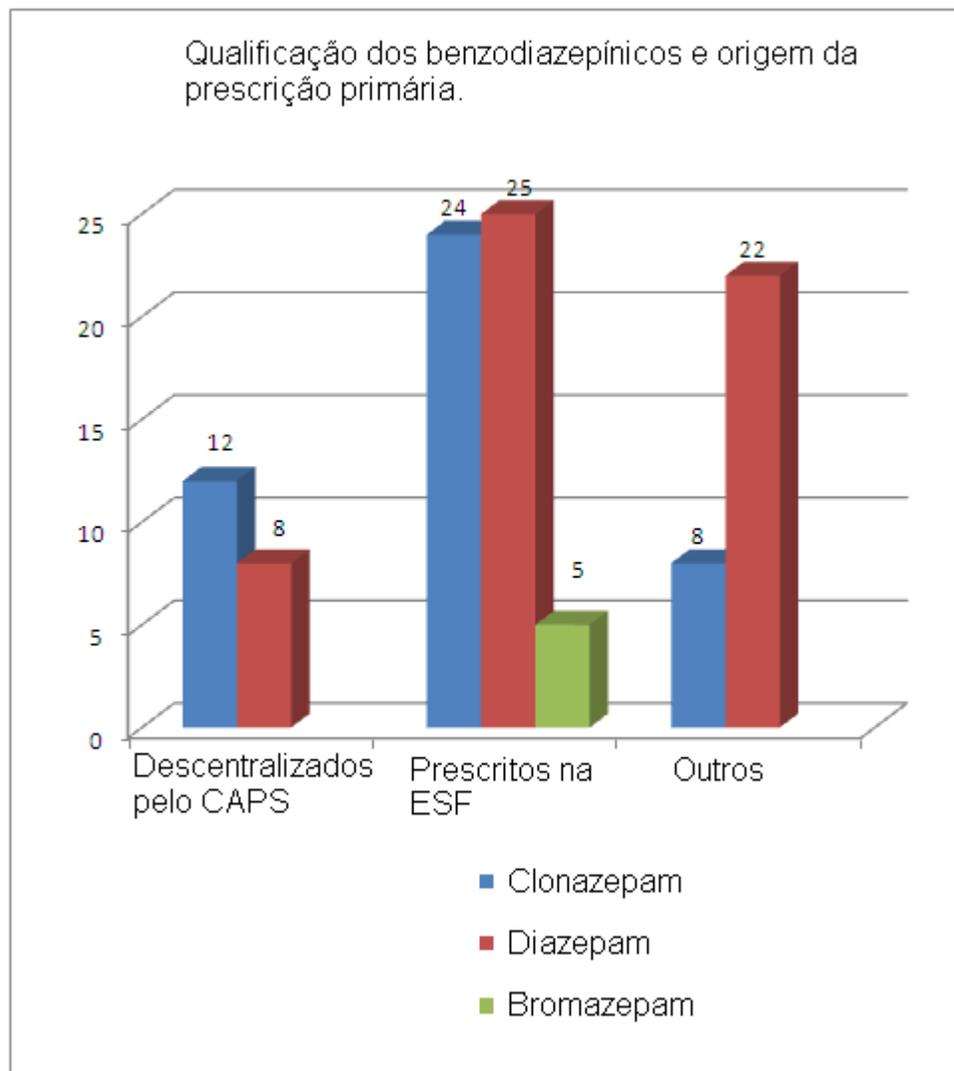
Dentre esses usuários adstritos a essa unidade primária de saúde encontrou-se, àqueles que fazem uso de benzodiazepínicos e que representam uma pequena parcela de 2,12% (104 usuários), vide Gráfico 1, abaixo.



**Gráfico 1** – Relação entre usuários de benzodiazepínicos e população total adstrita a unidade São Jacinto da Estratégia da Saúde da Família, em Teófilo Otoni – Minas Gerais, em Janeiro de 2011.

Fonte: Prontuários dos usuários de benzodiazepínicos.

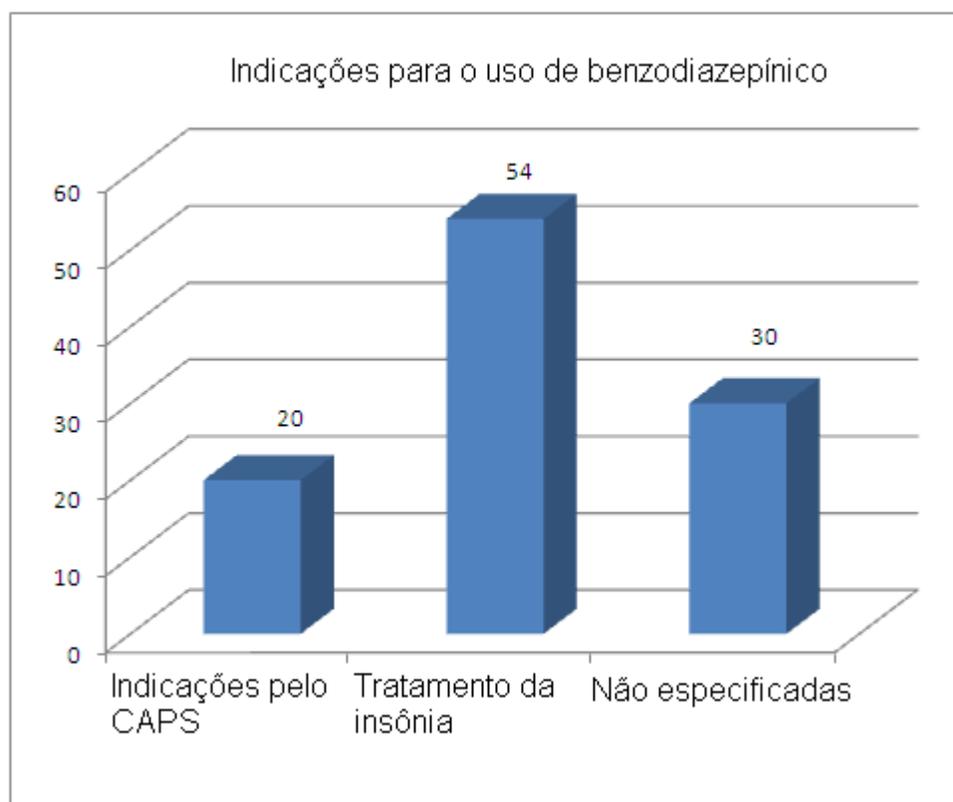
Os benzodiazepínicos encontrados neste estudo foram diazepam, clonazepam e o bromazepam. O número de pacientes que os usa e as origens da prescrição primária estão apresentadas na Gráfico 2, abaixo. O maior número de benzodiazepínicos foi prescrito na própria ESF e não encontramos diferença significativa entre o número de pacientes em uso de clonazepam e de diazepam (1) 0,93% em favor do diazepam.



**Gráfico 2** – Benzodiazepínicos utilizados pelos clientes adstritos na unidade São Jacinto da ESF segundo a origem da prescrição primária, em Teófilo Otoni, Minas Gerais, em janeiro de 2011.

Fonte: Prontuários dos usuários de benzodiazepínicos.

Ainda, as indicações para o uso de benzodiazepínicos foram separadas em três categorias, primeiramente as mais diversas, prescritas primariamente no CAPS por especialista em saúde mental (20 prescrições descentralizados pelo CAPS) que corresponde a 19,23%, aquelas prescritas na própria ESF, principalmente para o tratamento da insônia (54 prescrições ESF), ou seja, 51,92% e, finalmente aquelas em que a prescrição primária e a indicação precisa não são claras (30 prescrições não identificadas) 28,84% ficando então apresentadas como não especificadas, vide Gráfico 3, abaixo.



**Gráfico 3** – Indicações de uso para os benzodiazepínicos e local primário de prescrição dentre os usuários da ESF unidade São Jacinto em Teófilo Otoni, Minas Gerais em janeiro de 2011.

Fonte: Prontuários dos usuários de benzodiazepínicos.

A seguir a Tabela 2, demonstra a origem primária da prescrição em número de usuários, separados por sexo mostram uma prevalência feminina dentre os clientes na nítida proporção de 4:1.

**Tabela 2** - Origem primária da prescrição e clientes separados por sexo dentre os usuários adstritos a ESF unidade São Jacinto em Teófilo Otoni, Minas Gerais, em janeiro de 2011.

	Descentralizados do CAPS, prescritos em função de saúde mental.	Prescritos primariamente no próprio PSF em tratamento da insônia.	Sem indicação precisa do motivo da prescrição.
<b>Masculino</b>	4	10	6
<b>Feminino</b>	16	44	24
<b>Total</b>	20	54	30

Fonte: Prontuários dos usuários de benzodiazepínicos.

Pelos dados apresentados não concluímos quais são as reais indicações dos benzodiazepínicos por falta de dados suficientes nos prontuários sendo que o que ficou demonstrado é que as prescrições no PSF foram para o tratamento de insônia.

A Unidade São Jacinto da ESF em Teófilo Otoni, Minas Gerais, em janeiro de 2011 contava com 1.351 famílias, e um número de pessoas por família 3,6, considerado alto, haja vista que a média para a região Sudeste é de 3,2 (IBGE, 2002), perfazendo um numero total de 4.894 usuários, acima da recomendação nacional que é de no máximo 4500 habitantes por equipe (BRASIL, 2005).

Os usuários em uso de benzodiazepínicos entre eles o clonazepam, corresponde a 2,12 % da população o que nos parece um pequeno percentual, mas não temos um parâmetro de comparação porque faltam dados e estudos em outras ESF.

Um dos pontos importantes destes dados se refere à política nacional de descentralização do atendimento do cliente portador de distúrbio mental, quando apresentaram um significativo índice de clientes já descentralizados, 19,23%, desde o CAPS, para serem atendidos na ESF, em consonância com a Portaria 224 SNAS (MINISTERIO DA SAUDE, 2002).

Outro dado que ficou evidenciado no trabalho foi a escolha do benzodiazepínico, a preferência pelo clonazepam sobressaiu nas prescrições oriundas do ambulatório especializado (12 usuários) que corresponde ao percentual de 11,53% em seguida o diazepam (8 usuários) 7,69 %. Prescrições de bromazepam não foram apontadas dentre aquelas oriundas, primariamente, do CAPS, que tem um profissional especialista.

Ocorre uma inversão na preferência acima citada quando se analisa as prescrições da própria ESF, embora não se encontre diferença significativa entre o uso dos dois benzodiazepínicos mais usados naquela população. A diferença de um único cliente a mais prol do diazepam, 0,93 %, dentre os atendidos na ESF para o qual não se encontra comparativo em estudos similares.

Quanto às classificadas como não especificadas (30 usuários) 28,84% nos parecem refletir os casos de uso vicioso da droga, no entanto, o instrumento não apresenta sensibilidade para tal inferência principalmente, por falta de informações nos prontuários dos usuários.

Os prontuários não apresentavam o diagnóstico dos pacientes baseados no Código Internacional de Doenças (CID), não definindo o diagnóstico em uma grande maioria dos casos, o que torna o levantamento por indicação prejudicado no que se refere à patologia, a indicação se baseia na sintomatologia apresentada pelo paciente. Assim o melhor caminho indicado seria buscar o local da prescrição primária, haja vista que as originadas do CAPS, por serem efetivadas por um especialista em saúde mental, psiquiatra, teriam as indicações mais precisas e, no segundo momento se quantifica as prescrições originárias da própria ESF, todas então, destinadas ao tratamento da insônia (CID F51. 0). Tal indicação única indica uma pobreza de diagnóstico, pois, as demais indicações

ficaram prejudicadas, devido a falta de informações nas fichas de evolução clínicas dos usuários.

Quando ao aspecto epidemiológico por gênero, os dados apresentam a prevalência feminina em 4:1, sendo 80 mulheres dentre os 104 casos estudados, concordando com Orlandi (2005) que embora não tenha quantificado na literatura, há referência da predominância pelo gênero feminino para prescrições de benzodiazepínicos especialmente, clonazepam.

## **6- Conclusão**

Este estudo demonstrou que o consumo indiscriminado de Benzodiazepínicos 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.

Fica evidenciado nesse trabalho que a prescrição feita pela ESF através do clínico geral não deixa claro as indicações para o uso dessa medicação.

Foi observado que os prontuários dos usuários que deveriam conter informações precisas relacionadas aos tipos de Benzodiazepínicos, utilizados pela população adscrita à ESF, indicação, dosagem, acompanhamento da evolução do tratamento, se apresentam com falta do registro de informações o que dificulta o seguimento desse usuário.

Este estudo 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 da área de abrangência sob minha responsabilidade além de evidenciar que novos trabalhos sobre os benzodiazepínicos devem ser executados no futuro, visando a estimular o seu uso preciso e racional, prevenindo assim, futuros usuários dependentes deste tipo de fármaco.

## Referências

- 1) Bernik MA, Asbahr FR, Soares MBM, Soares CN. **Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos.** J Bras Psiq 1991; 40(4):191-8.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para estruturação física de unidades de saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 3) BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 4) COTTA, R.M.M. *et al.* **Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular.** Physis, v.18, n.4:p.745-766, 2008.
- 5) FIGUEIREDO, N. M. A. *et al.* **Ensinando a cuidar em saúde pública.** São Caetano do Sul: Difusão Enfermagem, 2004.
- 6) GREEN, B.G. *et al.* **Manual de terapêutica clínica** – The Washington Manual. 31ª Edição. Guanabara Koogan – Rio de Janeiro, 2005.762 pág.
- 7) GRUPO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (GBE-SPI). Síndrome das pernas inquietas. **Arquivos de neuropsiquiatria**, n. 65, 3-A: p.721-727, 2007.
- 8) INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **A família brasileira.** IBGE. 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/familia.html#anc1>. Acessado em 21 de janeiro de 2011;
- 9) LIMA, CB. **Programa Saúde da família: concepção a cerca do PSF.** In: Revista Enfermagem Atual. São Paulo: (colocar volume), n. 26, 43 – 46 p. 2005.

- 10) Laranjeira R, Castro LA. **Potencial de abuso de benzodiazepínicos**. In: Bernik MA editor. Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência. São Paulo (SP): Edusp; 1999. p. 187-98.
- 11) MENDONCA, Reginaldo Teixeira; CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de; VIEIRA, Elisabeth Meloni e ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. **Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes**. *Saude soc.*2008, vol.17, n.2, pp. 95-106.
- 12) MINISTERIO DA SAUDE. **Legislação em saúde mental**. Brasília. Distrito Federal. 3ª. Edição. 2002. PP. 166;
- 13) MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 11/29.
- 14) NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. **Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde**. *Ciência & saúde coletiva*, v.10, n.2:p.333-345, 2005.
- 15) NARDI, A.E. *ET al.* Carbon dioxide induced panic attacks and short term clonazepam treatment. **Arquivos de neuropsiquiatria**, n. 57, 2-B:p.361-365, 1999.
- 16) ORLANDI, Paula e NOTO, Ana Regina. **Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005, vol.13, pp.896-902;

- 17) PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.3:p.303-311, 2001.
- 18) RANG, H.P. *et al.* Farmacologia. 5º Edição – Rio de Janeiro. Elsevier, 2004. 904 pág.
- 19) RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.4:p. 658-664, 2004.
- 20) Silva JA. **História dos Benzodiazepínicos**. In: Bernik MA, editor. Benzodiazepínicos, quarto décadas de experiência. São Paulo (SP): Edusp; 1999. p. 15-28.
- 21) SOUSA, M. F. **Enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF**. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial, 25-30 p, 2003.
- 22) VALENÇA, A.M. *et al.* Double-blind clonazepam vs placebo in panic disorder treatment. **Arquivos de neuropsiquiatria**, v.58, n4: p.10251029, 2000.

