

USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL USE OF BENZODIAZEPINES IN ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

Mariana Cherque Oliveira¹
Rodrigo Queiroz Aleixo²
Moacyr Tadeu Vicente Rodrigues³

RESUMO: Os ansiolíticos são medicamentos que têm como objetivo a redução do medo e da ansiedade, sendo a classe dos benzodiazepínicos a mais utilizada. Os representantes dos benzodiazepínicos mais comumente utilizados em odontologia são o diazepam, lorazepam, alprazolam, midazolam e o triazolam. O mecanismo de ação de cada benzodiazepínico ainda não está totalmente elucidado. Este medicamento tem ação no sistema nervoso central (SNC), ligando-se a unidades específicas dos receptores para o ácido gama-aminobutírico (GABA), potencializando os efeitos do GABA, resultando numa hiperpolarização neuronal prolongada com rápida inibição ou atenuação da transmissão dos impulsos nervosos causando o efeito sedativo. Com a diminuição da ansiedade, são obtidas vantagens tanto para os pacientes quanto para o cirurgião-dentista. O cirurgião-dentista, ao prescrever e administrar a droga, deve evitar a ocorrência de qualquer interação medicamentosa, atentando para a possível utilização de outros fármacos pelo paciente e correlacionando com a farmacodinâmica de cada benzodiazepínico, evitando assim o uso incorreto e minimizando efeitos adversos mais significativos. A utilização desse fármaco na odontologia vem aumentando, principalmente em procedimentos cirúrgicos, nos quais os pacientes demonstram maior grau de ansiedade. A utilização dos benzodiazepínicos em cirurgia bucomaxilofacial torna os pacientes mais cooperativos, especialmente em procedimentos cirúrgicos mais prolongados.

PALAVRAS-CHAVE: Sedação consciente, Benzodiazepínicos, Cirurgia bucomaxilofacial

ABSTRACT: The anxiolytics are drugs used to reduce phobia and anxiety, and the most used class of these drugs are the benzodiazepines. The most commonly used benzodiazepines in dentistry are diazepam, lorazepam, alprazolam, midazolam and triazolam. The mechanism of action of each benzodiazepine is not completely established. These drugs act in Central Nervous System (CNS), linking to specific subunits of gamma-aminobutyric acid (GABA) receptors, increasing GABA effects, which results in a prolonged neuronal hyperpolarization where it occurs fast inhibition or attenuation of neuronal conductance, causing sedative effects. Thus, we have advantages to both patients and surgeon. When dentists prescribe these drugs, they should avoid the occurrence of any drug interactions, observing possible drugs in use and correlate it to pharmacodynamics of each benzodiazepine, avoiding inappropriate use of it and minimizing the occurrence of severe adverse effects. The use of these drugs in dentistry has been increasing specially in surgery procedures, in which patients are more anxious. The benzodiazepines used in Oral and Maxillofacial Surgery became anxious patients more cooperative when submitted to longer surgical procedures.

KEYWORDS: Conscious Sedation, Benzodiazepines, Oral Surgery, Maxillofacial Surgery

INTRODUÇÃO

A maioria dos pacientes que procuram atendimento odontológico clínico e principalmente cirúrgico traz como experiências passadas, o medo e a ansiedade. O

¹ Cirurgião-Dentista graduada pela Faculdade São Lucas – maryanacherque@hotmail.com.

² Cirurgião-Dentista, mestre em Odontologia, professor da Faculdade São Lucas, curso de Odontologia – rodrigoaleixo@yahoo.com.br.

³ Cirurgião-Dentista, mestre em Odontologia, professor da Faculdade São Lucas, curso de Odontologia – mtadeuvr@gmail.com.

tema “sedação consciente em odontologia” é de grande interesse para o cirurgião-dentista bem como para o próprio paciente que será submetido ao tratamento.

Buscando melhores condições de tratamento em cirurgia bucomaxilofacial, iniciaram-se estudos onde se descarta a anestesia geral e utiliza-se anestesia local associada à sedação consciente com uso de benzodiazepínicos. Com a anestesia geral, o paciente submetido a um tratamento cirúrgico deve permanecer em observação por um período de 72 horas até que a mesma seja totalmente metabolizada. Na anestesia local associada ao benzodiazepínico, a recuperação é rápida (variando de acordo com o ansiolítico utilizado) e o paciente não necessita ficar em observação por período prolongado (CAMPOLONGO et al., 2005).

Os benzodiazepínicos foram introduzidos no mercado há mais de quarenta anos e constituem um dos grupos de drogas mais utilizados no mundo inteiro para a sedação consciente, devido à sua eficácia e segurança clínica (ANDRADE, 2006). No Brasil, os cirurgiões-dentistas (CD) não têm o hábito de utilizar a sedação com freqüência na clínica, devido a várias questões, entre as quais, a deficiência na sua formação no que diz respeito a este tipo de medicação (ABREU et al., 2000; RANALI et al., 2005).

Os ansiolíticos podem ser administrados por via oral, intramuscular, endovenosa, intranasal ou retal. No Brasil, a via mais utilizada é a oral, devido à sua facilidade de administração, ao fato de não causar dor, ao baixo custo e à conveniência. A via intravenosa é mais utilizada em âmbito hospitalar, pois requer habilidade manual e bom conhecimento da anatomia geral, ou uma equipe multidisciplinar composta por médico anestesiológico, cirurgião bucomaxilofacial e auxiliares para procedimentos em ambiente operatório (PRADO et al., 2004). Uma das vantagens da via endovenosa é que o medicamento atinge diretamente a corrente sanguínea, eliminando a primeira fase da farmacocinética. A via nasal foi inicialmente desenvolvida para a pediatria, por apresentar rápida absorção devido a uma grande rede de capilares em contato com a superfície da mucosa nasal. A via retal ainda não é comercializada no Brasil, porém é utilizada quando o paciente, por algum motivo, não pode fazer a utilização do medicamento por via oral, como por exemplo, paciente que apresenta convulsão no consultório (DONALDSON et al., 2007; RANALI et al., 2005).

Os benzodiazepínicos compõem um grande grupo farmacológico de ampla efetividade por serem ansiolíticos e, quando administrados por quem os conhece, são bastante eficazes. Entretanto, mesmo em pacientes relativamente calmos, podem ser utilizados fármacos sedativos em casos de procedimentos odontológicos mais prolongados e mais invasivos, como por exemplo, extrações de dentes impactados, implantes dentários, expansão de maxila cirurgicamente assistida sob anestesia local e outros procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais, juntamente com auxílio de anestésicos locais para melhora do controle da dor e ansiedade. Lembrando que o CD deve estar atento a qualquer alteração sistêmica do paciente e ter em mãos uma boa anamnese. (COGO et al., 2006; DONALDSON et al., 2007; PRADO et al., 2004; PETERSON et al., 2005; RABELO et al., 2002; RANALI et al., 2005).

A sedação consciente é conceituada como um nível mínimo de depressão da consciência com a habilidade de o paciente manter, por si próprio, a respiração continuamente e responder a comandos verbais do CD durante os procedimentos odontológicos (COGO et al., 2006). De acordo com Ranali et al. (2005), a *American Society of Anesthesiologists* - ASA (Associação Americana de Anestesiologia) diferenciou a sedação de acordo com o tipo de depressão causada em mínima, moderada e profunda. Em todas, o paciente mantém a função cardiovascular normal, alterando apenas o nível de sedação e a resposta ao comando verbal do CD, características importantes para um bom protocolo de redução de ansiedade em odontologia.

O objetivo deste estudo é, a partir de uma revisão de Literatura realizada em livros, artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais indexados em bases de dados como: "MEDLINE", "LILACS", "SCIELO", "BBO" e "BIREME" de 1998 a 2008, definir benzodiazepínicos, suas formas de utilização, interações medicamentosas, tipos de medicamentos, posologias, mecanismo de ação, contra-indicações e sua utilização e prescrição em procedimentos bucomaxilofacial.

REVISÃO DA LITERATURA

Os benzodiazepínicos são descritos na literatura como medicamentos com propriedades ansiolíticas, sedativas, anticonvulsivantes e miorrelexantes, utilizados

no tratamento do medo, ansiedade entre outros. O mecanismo de ação ainda não está totalmente delineado (RANG et al., 2004).

Os benzodiazepínicos são drogas de ação central que potencializam o sistema inibitório do ácido gama-aminobutírico (GABA), controlador de reações psicossomáticas aos estímulos gerados pelo estresse. O mecanismo de ação destas drogas é dependente, em parte, da liberação endógena de um neurotransmissor – o GABA – que é liberado para modular as respostas somáticas e psíquicas a diversos estímulos (RANALI et al., 2005). As moléculas de benzodiazepínicos ligam-se a subunidades específicas dos receptores GABA_A inibitório que encontramos no SNC. Quando o receptor GABA_A é ativado, aumenta a frequência de abertura dos canais de cloreto, aumentando a entrada deste íon na célula nervosa, gerando, assim, um estado de hiperpolarização na membrana celular que reduz a transmissão de impulsos, como mostrado na figura 01 (ANDRADE, 2006; RANALI et al., 2005).

Os benzodiazepínicos atuam facilitando a transmissão gabaérgica, provavelmente aumentando a afinidade do GABA pelo seu sítio de ligação. Na ausência de GABA, os benzodiazepínicos produzem efeitos pequenos ou quase nulos sobre a capacidade de condução de cloreto (DONALDSON et al., 2007). Cada um de seus diversos efeitos pode decorrer de uma mesma ação unitária em diferentes sistemas ou, com menor probabilidade de ação diferencial, em receptores específicos para cada efeito. São efeitos típicos dos benzodiazepínicos: redução da ansiedade, sedação e indução do sono, redução do tônus muscular e da coordenação motora e efeitos anticonvulsivantes, efeitos hipnóticos e amnésia anterógrada, caracterizada pelo esquecimento de fatos ocorridos durante o tratamento odontológico. Os benzodiazepínicos podem causar os chamados efeitos paradoxais, nos quais o paciente apresenta-se excessivamente excitado, desinibido e desorientado ao invés da tranquilização e sedação esperada (RANALI et al., 2005; RANG et al., 2004).

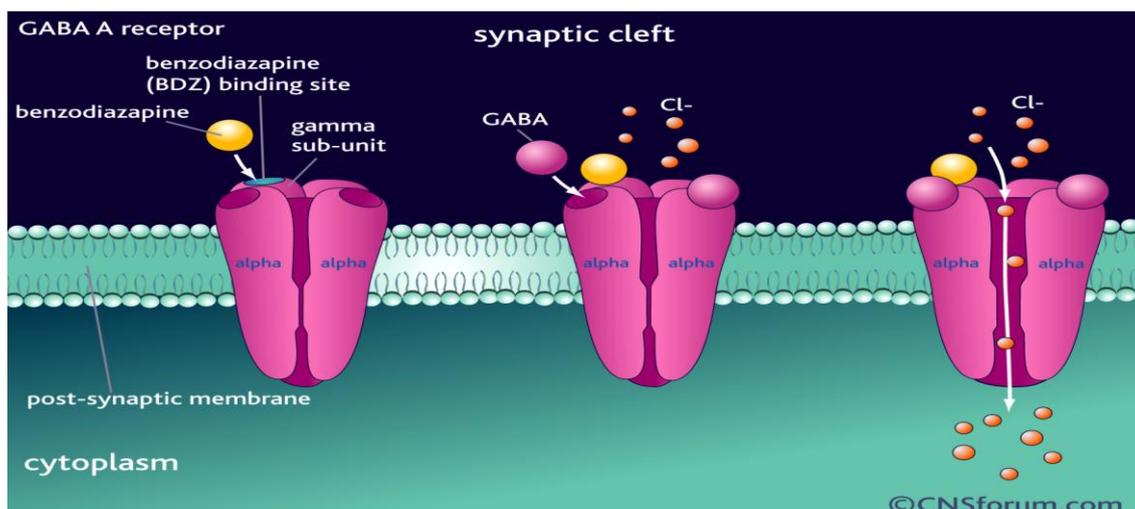


Figura 1 – Mecanismo de ação dos benzodiazepínicos

A possibilidade da utilização inadequada de benzodiazepínicos é alta devido ao restrito conhecimento de alguns profissionais e pouca utilização desses fármacos em consultórios e faculdades. Um estudo feito nos Estados Unidos mostra que mais da metade dos CDs e alunos da graduação em odontologia não tem conhecimento sobre a medicação, o que restringe sua utilização (COSTA et al., 2004).

Os efeitos colaterais dessas drogas são de baixa ocorrência. Os mais comuns são: sonolência, ataxia (falta de coordenação dos movimentos podendo afetar o equilíbrio de uma pessoa), confusão mental, visão dupla, cefaléia, além da possibilidade de dependência física e psíquica quando administrado por tempo prolongado. Entretanto, quando administrado de forma segura, traz algumas vantagens como: redução do fluxo salivar e reflexo de vômito, indução do sono e relaxamento do paciente promovendo bem estar durante o procedimento (ÁLVAREZ et al., 2006; RANALI et al., 2005).

Em pacientes fumantes, deve ser considerada a dosagem desses medicamentos, pois os fumantes ativos mostram-se mais resistentes às propriedades farmacológicas dos benzodiazepínicos (TEIXEIRA; QUESADA, 2004).

Os benzodiazepínicos podem ser utilizados em qualquer faixa etária, porém com algumas preocupações quanto ao risco de interações medicamentosas, especialmente em pacientes idosos (ANDRADE, 2003).

O uso de benzodiazepínicos em lactantes bem como em gestantes no primeiro e no último trimestre de gravidez é contra-indicado. Suspeita-se que estas drogas tenham um poder teratogênico razoável, ou seja, possam produzir lesões ou

defeitos físicos na criança como, por exemplo, lábio leporino e fenda palatina. Existem ainda algumas situações onde os benzodiazepínicos são contra-indicados, tais como portadores de glaucoma e miastenia grave, pacientes que utilizam outras drogas depressoras do SNC como antidepressivos, analgésicos opióides, anticonvulsivantes, hipnóticos, barbitúricos e anti-histamínicos, e ainda crianças com deficiência mental, onde a reação paroxística pode ser acentuada (TEIXEIRA; QUESADA, 2004).

É importante que o CD selecione o sedativo que melhor se adequa ao paciente, com base na idade, peso e antecedentes médicos, não levando em conta apenas o tempo do tratamento clínico (DONALDSON et al., 2007).

Os benzodiazepínicos são bem aceitos pelos pacientes que o utilizam como medicação pré anestésica e, geralmente, bem tolerados pelo organismo (ABREU et al., 2000).

A farmacocinética de cada benzodiazepínico difere devido à sua ampla variação de velocidade de início e duração e de ação. Após a ingestão, a maioria dos benzodiazepínicos é absorvida e liga-se altamente às proteínas plasmáticas, o que pode potencializar interações medicamentosas (FRANCO et al., 2007).

Alguns benzodiazepínicos sofrem lenta absorção enquanto outros são absorvidos mais rapidamente. Isto ocorre devido à lipossolubilidade da droga, o que indica que, quanto mais lipossolúvel, mais rápida será sua absorção. A excreção pode ocorrer em diferentes tecidos e órgãos, porém os rins são os principais representantes deste processo. O sistema renal desempenha funções importantes no organismo como: controle do pH dos fluidos corporais e controle da concentração de vários íons no organismo. Sendo assim, pacientes que apresentam disfunções renais podem sofrer alterações no processo de eliminação do fármaco, diminuindo a excreção e aumentando a concentração do fármaco no plasma. Por esta característica, torna-se inviável o uso de benzodiazepínicos de longa duração nestes pacientes (FRANCO et al., 2007).

Pacientes idosos apresentam alterações nas vias de absorção e excreção devido a alterações no pH provocadas pela menor produção do ácido gástrico (FRANCO et al., 2007).

Em pacientes obesos, observa-se que não há modificações quanto à absorção do fármaco, porém ocorrem alterações na via de eliminação.

Benzodiazepínicos que são altamente lipossolúveis, acumulam-se nos tecidos adiposos e podem ser lançados novamente à corrente sanguínea causando efeitos de “ressaca” (ressedação ao paciente) (FRANCO et al., 2007). No caso de pacientes obesos onde o índice de massa corporal é maior, fármacos de longa duração, como o diazepam, podem apresentar um maior tempo de eliminação devido à formação de metabólitos ativos onde, após absorvido pelo organismo é rapidamente difundido nos tecidos adiposos desses pacientes. Alguns benzodiazepínicos, como por exemplo o diazepam, são transformados em metabólitos ativos que, em sua maioria, são produzidos ao passar primeiramente pelo fígado, e são rapidamente excretados pelas fezes ou urina. Como os benzodiazepínicos possuem meia vida diferentes entre si, esses metabólitos, ao serem convertidos, variam quanto à sua rapidez de eliminação, mesmo antes de penetrar na circulação sistêmica (RANG et al., 2004).

O CD, ao prescrever e administrar a droga deve evitar a ocorrência de qualquer interação medicamentosa, o que reflete na importância da realização de uma adequada anamnese (FRANCO et al., 2007). Quando ocorre interação medicamentosa, as propriedades farmacológicas (ou os efeitos) de um medicamento ou ambos são aumentados ou reduzidos. Mais da metade dos erros relacionados às interações medicamentosas ocorrem no momento da prescrição devido, muitas vezes, à falta de atenção do CD (KAWANO et al., 2006).

Pacientes que relatam fazer uso regular de etanol devem ser cautelosamente analisados, uma vez que o etanol produz efeitos aditivos aos benzodiazepínicos no SNC e acelera o metabolismo hepático destes fármacos. Por isso, no caso da utilização dos benzodiazepínicos de curta duração, podem não ser produzidos os efeitos desejados, pela rápida redução na concentração da droga (FRANCO et al., 2007).

Na utilização concomitante de benzodiazepínicos com outros fármacos como cimetidina, eritromicina, contraceptivos orais, antifúngicos azoles, podem ocorrer inibições na biotransformação, pois ambos são metabolizados pelo sistema de oxidases do citocromo, resultando em concentrações plasmáticas aumentadas e, conseqüentemente, sedação excessiva (RANG et al., 2004; RANALI et al., 2005).

O diazepam é apresentado na literatura como o benzodiazepínico de maior prescrição dentro da área odontológica. Em pacientes idosos, o uso deste

medicamento deve ser evitado, devido à ocorrência de efeitos paradoxais e por sua excreção lenta que, nestes indivíduos, é explicada pelas alterações renais decorrentes do aumento da idade (GOULART et al, 2007).

Em pacientes portadores de problemas cardíacos como hipertensão e angina, no caso de sedação excessiva, pode ocorrer depressão respiratória, levando à hipóxia e até posterior isquemia cardíaca (DONALDSON et al., 2007).

Segundo Yagiela (2000), o flumazenil é, no momento, o único antagonista dos receptores de benzodiazepínicos aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA). Ele acelera a recuperação da sedação causada pelos benzodiazepínicos e pode ser usado, por exemplo, nos casos de reações alérgicas. Embora devam ser observadas suas aplicações, deve ser evitado o uso freqüente de flumazenil em paciente portadores de problemas cardíacos bem como em pacientes que fazem uso de antidepressivos, o que pode desencadear efeitos colaterais não desejados, como a precipitação de arritmias cardíacas (RANG et al., 2004).

Sua administração é feita por via endovenosa 0,2 mg (ml). Se o nível de consciência não for recuperado dentro de três minutos, outra dose de 0,1mg (ml) pode ser repetido em intervalos de sessenta segundos até a dose máxima permitida que é de 1mg (10ml) (DEF- 2005/06). O flumazenil reduz o efeito dos benzodiazepínicos após um a três minutos, sendo excretado dentro de 45 a 75 minutos o que, no caso dos benzodiazepínicos de longa duração, pode não retardar totalmente o efeito (RANG et al., 2004).

Atualmente, é grande a variedade de ansiolíticos encontrada no mercado. Todos eles apresentam diferentes dosagens e posologias, porém com grande efetividade em qualquer que seja o tratamento odontológico realizado, desde extrações simples até cirurgias mais complexas e de longa duração.

Os benzodiazepínicos podem ser utilizados em qualquer faixa etária, porém com certas ressalvas quanto ao risco de interações medicamentosas.

Diazepam é um dos benzodiazepínicos mais utilizados na odontologia, sendo a droga padrão do grupo (ANDRADE, 2003).

Esse fármaco, por via endovenosa, é prescrito na dose de 0,3 a 0,5 mg/kg (DEF – 2005/06). Por via oral é prescrito na dose usual de 5 a 10 mg para sedação leve, cerca de uma hora antes do procedimento, com início de ação dentro de 30-45 minutos após administração oral e um a dois minutos após administração

intravenosa, apresentando uma duração de ação de pelo menos quatro a seis horas (RANALI et al., 2005). Para crianças, a dose varia entre 0,2 a 0,5 mg/kg de peso corporal. O uso do diazepam em pacientes pediátricos deve ser feito de forma bem cautelosa devido à sua meia vida longa, o que nessa classe de pacientes podem causar reações paradoxais (RANG et al., 2004).

O diazepam, após absorvido, é rapidamente distribuído e vai para os tecidos adiposos onde é armazenado, retornando à circulação sanguínea, podendo causar nova sedação ao paciente (RANALI et al., 2005). O diazepam é muito utilizado em pacientes jovens adultos. Relatos de casos na literatura mostram que a utilização desse fármaco em pacientes idosos e crianças pode causar o efeito paradoxal e que apresenta meia-vida plasmática longa, o que, em pacientes idosos, torna a eliminação mais lenta devido às alterações fisiológicas influenciadas pelo envelhecimento (COGO et al., 2006; DONALDSON et al., 2007).

Lorazepam é um benzodizepínico de ação intermediária e mais lipossolúvel, quando comparado ao diazepam. Não apresenta metabólitos ativos, porém sua indução é lenta e apresenta duração de 10 a 20 horas. É utilizado nas doses de 1 a 2 mg para pacientes adultos (ÁLVAREZ et al., 2006; RANALI et al., 2005). Pode ser usado também em pacientes idosos em doses de 1 mg a 4 mg dependendo do paciente, e atinge concentrações plasmáticas em 1 a 2 horas após sua administração (DONALDSON et al., 2007).

Alprazolam é utilizado em casos mais graves, como ansiedade generalizada e na síndrome do pânico. Suas concentrações plasmáticas são obtidas 1 a 2 horas após sua administração, e excretados dentro de 12 a 15 horas. No tratamento da ansiedade, as doses empregadas são de 0,5 a 0,75mg. O alprazolam ainda não foi suficientemente testado para tratamentos odontológicos por causar efeitos adversos sendo, assim, pequeno o número de ensaios clínicos, o que apresenta ainda pontos conflitantes no uso (COGO et al., 2006).

Midazolam, atualmente é mais utilizado que o diazepam em procedimentos curtos. O que restringe sua utilização, com frequência, é seu alto custo. É administrado por via oral, intramuscular, intravenosa, sublingual, intranasal e retal. É sintetizado pelo sistema oxidases do citocromo, razão pela qual se deve tomar cuidado com interações por uso concomitante de outros medicamentos. Por via oral pode ser utilizado em doses de 7,5 a 15 mg, trinta minutos antes do procedimento.

Para uma sedação intravenosa mais profunda são utilizadas doses de 0,05 a 0,15 mg/kg. Esta via de administração é usada por médicos ou em âmbito hospitalar (COGO et al., 2004; FRANCO et al., 2007; RANALI et al., 2005; RANG et al., 2004).

A característica principal do midazolam é o efeito amnésico, que diminui lentamente com o tempo (COGO et al., 2006; DONALDSON et al., 2007; GARIP et al., 2007). Durante um estudo realizado com extração de terceiros molares, os pacientes que utilizaram a droga não se lembraram de alguns fatos ocorridos durante o tratamento, no pico máximo de ação da droga. Foi avaliada nesse estudo, a utilização de midazolam sozinho e midazolam com outro ansiolítico (remifentanil), ambos por via endovenosa e em ambiente hospitalar. A utilização da combinação promoveu um estado de amnésia maior que no uso do midazolam isolado. Sendo assim, a combinação de midazolam com remifentanil pode proporcionar uma maior amnésia durante e após o ato cirúrgico o que, no caso do midazolam isolado também ocorre, mas em resposta menor. (GARIP et al., 2007).

O midazolam é a droga mais solúvel em água e de curta duração, além de não produzir metabólitos ativos, o que apresenta indução mais rápida e eliminação com menor duração, sendo, portanto, interessantes para utilização em cirurgias realizadas em âmbito ambulatorial e procedimentos mais curtos (CHEUNG et al., 2007; RANALI et al., 2005).

Triazolam é utilizado no tratamento de curto prazo para insônia. Seu rápido início de ação e curta duração fazem com que seja também utilizado em procedimentos odontológicos. Sua ação inicia-se dentro de trinta minutos, perdurando por duas a três horas (RANALI et al., 2005). É metabolizado pelo sistema oxidase do citocromo p450. Deve-se tomar cuidado com interações por uso concomitante de outros medicamentos que utilizam a mesma via de metabolização (DONALDSON et al, 2007).

A dose habitual para sedação varia de 0,125 a 0,5 mg por via oral (DONALDSON et al., 2007). Em pacientes idosos a dosagem segura é de 0,125 mg por via oral ou sublingual (COGO et al., 2006).

As prescrições de todos os medicamentos feitas aos pacientes devem ser orientadas através de receita contendo dosagem, posologia, concentração e quantidade da droga. Deve apresentar data, nome e assinatura por escrito do CD

(ANDRADE, 2006; RANALI et al., 2005). A figura 2 resume as características de cada fármaco.

Nome Genérico	Droga Original	Início de Ação (min)	Meia vida Plasmática (hs)	Dose Adulto	Dose criança	Dose Idoso
Diazepam	Valium	30 - 45	20 a 50	5 a 10 mg	0,2 a 0,5 mg/kg	5mg
Lorazepam	Lorax	60 - 120	10 a 20	1 a 2 mg	Não recomendado	1 a 4mg
Triazolam	Halcion	30 - 60	2 a 3	0,125 a 0,5 mg	Não recomendado	0,125 mg
Midazolam	Dormonid	30	1 a 3	7,5 a 15 mg	0,3 a 0,5 mg/kg	7,5 mg
Alprozalam	Frontal	60 - 90	12 a 15	0,5 a 0,75 mg	Não recomendado	0,5 mg

Figura 2 - Uso dos Benzodiazepínicos por via oral

O uso de certos medicamentos em odontologia, como benzodiazepínicos, é regulamentado no Brasil pela portaria 344/98 de 12 de maio de 1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. A prescrição desses medicamentos deve ser acompanhada da *Notificação da Receita* (figura 3), que é um documento que autoriza a dispensação de vários tipos de drogas, como os benzodiazepínicos, que se encontram na Lista de Substâncias Psicotrópicas (B-1) dessa portaria (ANDRADE, 2006). A requisição para impressão da *Notificação da Receita B* (fundo azul) é fornecido ao profissional pela Vigilância Sanitária Estadual. É também conveniente ressaltar que, por serem drogas psicotrópicas, torna-se mais segura a aquisição destes fármacos pelo profissional e o repasse apenas da quantidade exata de droga para o paciente, evitando intoxicações. O paciente deve ser instruído a não ingerir bebidas alcoólicas no período de 24 horas antes e 48 horas após tomada a medicação; não dirigir ou operar máquinas pesadas sob efeito da medicação e trazer um acompanhante para a sessão (RANALI et al., 2005).

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância
UF	NÚMERO	<div style="font-size: 2em; font-weight: bold; text-align: center;">B</div>		Quantidade e Forma Farmacéutica
de _____ de _____				Dose por Unidade Posológica
Paciente: _____				Posologia
Endereço: _____				
Assinatura do Emissor		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR
		Nome: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	
		Endereço: _____		
		Telefone: _____		
		Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____		
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		Nome do Vendedor	Data	
		Numeração desta impressão: de _____ a _____		

Figura 3 – Modelo de notificação de receita (fundo azul)

DISCUSSÃO

A sedação consciente consiste em redução da atividade e excitabilidade do paciente, deixando-o mais tranqüilo e mais receptivo ao tratamento odontológico (COGO et al., 2006).

Apesar da importância clínica, muitos CDs negligenciam etapas fundamentais do tratamento odontológico, especialmente a anamnese, durante a qual é possível se ter conhecimento da história médica do paciente que, muitas vezes, relata uso de medicamentos, os quais, eventualmente, podem interagir com os benzodiazepínicos. Determinadas situações podem promover alterações do efeito farmacológico da droga ou algum prejuízo em relação ao paciente (FRANCO et al., 2007).

A escolha do ansiolítico ideal para cada paciente deve ser feita de forma que apresente rápido início de ação e rápida recuperação sem causar efeitos clínicos indesejáveis, além de promover uma tranqüilidade durante o tratamento (COGO et al., 2006). Dependendo da droga utilizada, a posologia pode variar de acordo com a idade, o índice de massa corporal, a via de administração e a história médica do paciente (GOULART et al., 2007).

Dentre os ansiolíticos, o diazepam, mesmo apresentando meia vida plasmática longa, ainda é o mais prescrito, devido à facilidade de aquisição e ao menor custo (ANDRADE, 2003; RANALI et al., 2005).

Tanto em pacientes idosos quanto em pacientes pediátricos, cuidados especiais devem ser tomados devido às modificações relacionadas à idade

(ANDRADE, 2006). Segundo Goulart et al., 2007, o diazepam deve ser evitado nessas classes de pacientes. Entretanto, segundo Rang et al., 2004, esse medicamento, se prescrito de forma cautelosa, pode ser utilizado em crianças. O lorazepam também seria uma boa alternativa de sedativo em pacientes idosos e pediátricos por apresentar um tempo de ação intermediária, quando comparado ao diazepam e ao midazolam (ÁLVAREZ et al., 2006; DONALDSON et al., 2007).

O triazolam por apresentar meia vida plasmática curta, rápido início de ação e curta duração, quase sendo comparado ao midazolam por estas vantagens, é bem prescrito em procedimentos odontológicos curtos e a pacientes idosos (COGO et al., 2006; DONALDSON et al., 2007). O midazolam, por ser uma droga de meia vida curta, vem sendo bem utilizado em procedimentos cirúrgicos odontológicos, tanto de curta como de longa duração. Quando utilizado em doses clínicas seguras, mostra grande eficácia e maior vantagem sobre os outros ansiolíticos. Além de produzir efeitos colaterais mínimos, produz amnésia anterógrada, o que, durante o procedimento, pode ser uma vantagem clínica tanto ao paciente quanto ao CD (GARIP et al., 2007; RANALI et al., 2005).

Alguns benzodiazepínicos podem requerer ajustes posológicos em casos especiais, como em pacientes que fazem uso de etanol (diminuição do efeito do fármaco, requerendo ajustes na dose), em portadores de doença renal (alterações renais podem resultar em maior concentração plasmática do fármaco), em gestantes (por apresentar efeitos teratogênicos), diabéticos (tempo prolongado de sedação) e fumantes (resistência ao fármaco). Nesses casos é preciso estabelecer mudanças na posologia por meio de redução ou aumento da dosagem (ANDRADE, 2003; FRANCO et al., 2007; TEIXEIRA; QUESADA, 2004). Para pacientes diabéticos, o uso de benzodiazepínicos de longa duração deve ser evitado, evitando assim que o paciente fique muito tempo em jejum, devido ao longo período de sedação (DONALDSON et al., 2007). Segundo Mancuso (2004) apud Cogo et al. (2006), as reações paradoxais que ocorrem principalmente em crianças e idosos acontece em menos de 1% da população submetida a essa técnica. Com isso, a utilização correta dos ansiolíticos pode levar o paciente a um maior conforto e segurança frente ao tratamento odontológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica de sedação consciente com uso de sedativos ainda não é tão desenvolvida no Brasil. Pesquisas realizadas mostram grande efetividade do uso na prática odontológica como auxiliares no controle de dor e ansiedade do paciente. Levando em consideração a duração, o midazolam seria um dos fármacos de escolha pelo seu rápido início de ação e menor tempo de meia-vida, quando comparado ao diazepam. O lorazepam, por apresentar rápido início de ação e duração de ação intermediária entre o midazolam e o diazepam, também poderia ser uma boa alternativa.

As vantagens apresentadas por esta classe de medicamentos são maiores que as desvantagens. Questões importantes a serem levadas em consideração no momento da utilização do fármaco são: dosagens terapêuticas, história médica do paciente e interações medicamentosas. Quando o cirurgião-dentista não negligencia nenhuma etapa do tratamento, o ansiolítico torna-se eficaz e clinicamente seguro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campolongo GD, Barros TP, Amantéa DV. *Fixação de fraturas mandibulares utilizando a técnica de Lag Soreu associada à sedação: relato de caso*. Revista Cirurgia Traumatologia Buco-maxilo-facial. 2005, jan./mar., 5(1): 38-44.

Andrade, ED. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2006.

Abreu, MHNG, Acúrcio FA, Resende VLS. *Utilizações de psicofármacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais Brasil*. Rev. Panam. Salud Públ. 2000, jun.; 7(1): 17-23.

Ranali J, Volpato MC, Ramacciato JC. *Sedação Consciente em Implante Dental*. Revista Implant News. 2005, mar./abr., 2(2): 105-187.

Prado R, Salim MAA. *Cirurgia Bucomaxilofacial diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004. p. 124-5.

Donaldson M, Gizzarelli G, Chanpong B. *Oral Sedation: A primer on Anxiolysis for the Patient*. *Anesthesia Progress*. 2007, Jun., 54(3):118-29.

Cogo K, Bergamaschi CC, Yatsuda R, et al. *Sedação consciente com benzodiazepínicos em odontologia*. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2006, mai./ago., 18(2): 181-8.

Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, et al., *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 4 ed. Rio de Janeiro. Elsevier Ltda. 2005. p. 79.

Rabelo LRS, Bastos EG, Germano AR, Passeri LA. *Expansão de Maxila Cirurgicamente Assistida sob Anestesia Local*. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2002, jan./fev., 7(2): 73-79.

Rang HP, Dale MM, Ritter JM, et al. *Farmacologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004. 920 p.

Costa LRRS, Dias AD, Pinheiro LS, et al. *Perceptions of dentists, dentistry undergraduate students, and the lay public about dental sedation*. J Appl Oral Sci. 2004, Jul./Sep., 12(3): 182-8.

Álvarez AM, Alvarez M. Sedación Oral: *Fundamentos clínicos para su aplicación en odontología*. Revista CES Odontologia. 2006, jul./dic.; 19(2): 62-73

Teixeira TF , Quesada GAT. *Terapia ansiolítica para pacientes odontológicos*. Saúde. 2004, 30 (1-2): 100-3.

Andrade, ED. *Cuidados com o uso de medicamentos em diabéticos, hipertensos e cardiopatas*. Anais 15° Conclave Odontológico Internacional de Campinas. n°.104; mar./abr. 2003.

Franco GCN, Cogo K, Montan MF, et al. *Interações medicamentosas: fatores relacionados ao paciente (Parte I)*. Rev. Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. 2007, jan./mar., 7(1): 17-28.

Kawano DF, Pereira LRL, Ueta JM, et al. *Acidentes com medicamento: como minimizar*. Revista Brasileira de Ciências Farmacocinética. 2006, out./nov., 42(4): 343-6.

Goulart MG, Gomes MF, Haddad AS. *Sedação consciente no tratamento odontológico em pacientes com necessidades especiais*. In:Haddad AS (Org.). *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2007. cap 5, p. 476-85.

Yagiela AJ, Neidle EA, Dowd FJ. *Farmacologia e Terapêutica para Dentistas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.595-6.

Dicionário de Especialidades Farmacêuticas - DEF 2009/10. 38 ed. 738 p.

Garip H, Gurkan Y, Toker K, et al. *A comparison of midazolam and midazolam with remifentanyl for patient-controlled sedation during operations on third molars*. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2007, Jun., 45(3): 212–6.

Cheung CW, Ying CLA, Chiu WK, et al. *A comparison of dexetomidine and midazolam for sedation in third molar surgery*. Journal Compilation. 2007, Apr., 62(11): 1132-8.