

Desmame de benzodiazepínicos em idosos: Intervenções e benefícios a curto e médio prazos

Introdução:

Utilizados desde os anos 1960, os benzodiazepínicos constituem importante ferramenta no tratamento de transtornos de ansiedade e humor, bem como as “neuroses”, com ampla utilização em medicina psicossomática e clínica médica, por ser considerada segura e de baixa toxicidade (BUENO, 2012). Encaixam-se como solução para algumas condições que abundam nos grandes aglomerados humanos: redução da ansiedade, do stress, atividade “relaxante”, regulação do sono e uma ‘sensação de bem-estar’.

Conseqüentemente, seu potencial de toxicidade e dependência é bastante elevado e agravado pelo fácil emprego, notado a partir dos anos 1970 (BUENO, 2012) porém, continua utilizada devido a facilidade no emprego destas medicações e por ser uma das poucas medicações psicotrópicas disponíveis na rede básica de saúde. Atualmente, o emprego de BZDs apresenta indicações precisas para tratamento de ansiedade e adjuvância em transtornos orgânicos.

O projeto em questão discute a importância do desmame de benzodiazepínicos em idosos, população que faz amplo uso desta classe medicamentosa ao referir sintomas como insônia, irritabilidade e perda da memória anterógrada; e de seus benefícios, como redução de quedas, incidência e reversão de algumas síndromes demenciais na população acima referida. Questiona-se neste artigo o uso prolongado e em altas dosagens deste tipo de medicação, assim como emprego de outras medicações e falta de apoio multidisciplinar para melhora clínica desta população.

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos, cuja prevalência encontra-se majoritariamente entre mulheres a partir da sexta década de vida, com comorbidades e distúrbios psiquiátricos crônicos. Os BZDs são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de fármacos psicotrópicos (BUENO, 2012).

Atualmente, um em cada 10 adultos recebem prescrições de benzodiazepínicos por ano, a maioria destas realizada por clínicos gerais. Estima-se que cada clínico tenha em sua lista 50 pacientes dependentes de BZDs em média e metade destes gostariam de cessar o uso. No entanto, 30% pensam que o uso é estimulado pelos médicos. Ainda assim, há uma parcela não descrita desta população que faz automedicação, ou seja, obtém BZDs de outra forma, sem prescrição e orientação médica (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2012).

A mortalidade nos dependentes de benzodiazepínicos é três vezes maior que na população geral, no entanto, não se observa aumento significativo da mortalidade em pacientes dependentes de benzodiazepínicos quando comparados a pacientes com similar grau de morbidade (PIESIUR-STREHLOW; STREHLOW; POSER, 1986). A dependência e o uso indiscriminado da medicação supracitada constituem importante problema de saúde pública.

Objetivos:

Trabalhar o desmame de BZDs quando a mesma ultrapassar 12 meses de uso em idosos.

Objetivos Específicos:

1. Avaliar se o emprego de benzodiazepínico é a medicação adequada para o quadro clínico que o paciente apresenta
2. Treinar e capacitar profissionais das equipes locais para o desmame
3. Retirar gradualmente a medicação e fazer busca ativa de sintomas de abstinência
4. Observar redução de custos sociais após retirada gradual de medicação

5. Avaliar sintomas de abstinência, recorrências dos mesmos e melhora na qualidade de vida dos pacientes após retirada da medicação.

Método:

Local: UBS Jardim Comercial, situada no bairro Capão Redondo, cidade de São Paulo.

Público-alvo: 570 pacientes acima de 60 anos pertencentes a uma equipe de 4220 habitantes, usuários de benzodiazepínicos disponíveis em farmácias da rede básica de Saúde: Clonazepam e Diazepam.

Participantes: gerente da UBS, médico da equipe, NASF contando com psicólogo, terapeuta ocupacional e psiquiatra.

Ações: Devem ser obrigatoriamente divididas entre farmacológicas e não farmacológicas (LADER; RUSSELL, 1992), porém ambas devem ser aplicadas em sinergia

1. Tratamento Farmacológico: Inicialmente, é importante ressaltar que doses

consideradas terapêutica são capazes de levar à dependência. Sendo assim, o

método mais eficaz atualmente descrito é a retirada gradual da medicação. Logo, será retirada, a cada semana, 25% da dose inicial (LADER; RUSSEL, 1992). Espera-se, assim, que o paciente esteja com 50% da dose habitual em duas semanas, com prazo para retirada total entre 6 a 8 semanas em média. Em pacientes mais resistentes à retirada, o prazo para redução do fármaco poderá ser negociada, requerendo aumento do prazo habitual para desmame satisfatório (DUPONT, 1990).

2. Tratamento Não-farmacológico: Indissociável do tratamento farmacológico, dar-se-á através de: divulgação dos malefícios das medicações supracitadas anexadas a receituário azul, contendo também convite para participação no grupo de desmame, que contará com médico da equipe, enfermeiro e equipe multidisciplinar: psiquiatra, psicólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional.

Os profissionais participantes receberão treinamento e capacitação para realização do desmame, somando-se 20 horas semanais, contendo aulas de saúde do idoso, transtornos psíquicos mais comuns nesta faixa etária, fisiopatologia, farmacologia e cuidados com nutrição e mecanismos de enfrentamento de estresse e ansiedade sem o uso de medicação.

Avaliação e Monitoramento

O monitoramento dos pacientes será realizado através de grupos semanais, contendo questionários sobre principais sintomas, bem como melhora ou piora dos mesmos durante retirada, abordagem de temas inerentes à qualidade de vida dos idosos usuários de benzodiazepínicos de forma simples e didática pela equipe participante e renovação de receituário com doses adequadas, oferecendo oportunidade de consulta breve caso o desmame não seja bem sucedido.

Importante ressaltar que a equipe deverá orientar o usuário a distinguir os sintomas de ansiedade e abstinência e oferecer suporte a longo prazo (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2002).

Resultados esperados:

Espera-se, assim, que haja adesão ao desmame de pelo menos 30% da população idosa usuária de BZDs, assegurar mecanismos de enfrentamento para situações de estresse emocional e acompanhamento adequado de saúde mental, ênfase em qualidade de vida para esta população e redução direta de custos sócio-econômicos para idosos, representando economia significativa para cuidados com pacientes de terceira idade, tanto em âmbito de atenção primária quanto em secundária e terciária.

Referências Bibliográficas:

1. BUENO, R.J. Emprego Clínico, Uso Indevido e Abuso de Benzodiazepínicos – Uma Revisão. Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 3, p. 6-13, mai/jun. 2012. Disponível em: http://www.abp.org.br/download/revista_debates_9_mai_jun_2012.pdf. Acesso em: 31 ago. 2016
2. DUPONT, R.L. A physician's guide to discontinuing benzodiazepine therapy - addiction medicine and the primary care physician; West J Med; 1990; 152:600-3.
3. LADER, M.; RUSSELL, J. Guidelines for the prevention and treatment of benzodiazepine dependence: summary of a report from the Mental Health Foundation. Washington: MHF; 1993.
4. NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A.C.P.R. Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002, 7p. Disponível em: http://www.fmb.unesp.br/Home/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiquiatria/ViverBem/Consenso_benzodiazepinicos.pdf. Acesso em: 31 ago. 2016
5. PIESIUR-STREHLOW, B.; STREHLOW, U.; POSER, W. Mortality of patients dependent on benzodiazepines. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1986; 73: 330-335.