

# **Título: Desmame de benzodiazepínicos no transtorno de insônia: um desafio multidisciplinar da Atenção Básica**

**Aluno:** André Campiolo Boin

**Orientadora:** Rosana De Vito Izzo

## **1. Introdução:**

O transtorno de insônia (TI) é altamente prevalente em nossa sociedade. Estudos demonstram que no Brasil atinge aproximadamente 31% da população adulta (MARCHI et al., 2004). O TI, anteriormente denominado como insônia primária, é definido pelas queixas relacionadas ao sono que não se associam a doenças de base. De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) o TI é definido de acordo com os seguintes critérios (FRIDMAN et al., 2011):

- A. Queixa de insatisfação com a quantidade ou qualidade do sono, associado a um (ou mais) dos seguintes sintomas: 1. Dificuldade de iniciar o sono; 2. Dificuldade de manter o sono, caracterizado por frequentes despertares ou problemas em retornar a dormir após o despertar; 3. Despertar precoce pela manhã com dificuldade em retornar ao sono.
- B. O distúrbio do sono causa clinicamente comprometimento do funcionamento social, ocupacional, educacional, acadêmico, comportamental, ou em outra área importante.
- C. A dificuldade de dormir ocorre pelo menos em três noites na semana.
- D. A dificuldade em dormir está presente em pelo menos três meses.
- E. A dificuldade em dormir ocorre a despeito de oportunidade adequada para o sono.
- F. A insônia não é melhor explicada, ou não ocorre exclusivamente, durante o curso de outro transtorno do sono (narcolepsia, transtorno respiratório do sono, transtorno do ritmo circadiano vigília-sono, parassonia).
- G. A insônia não é atribuída a efeitos fisiológicos de uma substância (como abuso de droga e medicamentos).
- H. Transtorno mental coexistente e condições médicas não explicam a queixa predominante de insônia.

No dia a dia das Unidades Básicas de Saúde (UBS), encontramos muitos pacientes com esse diagnóstico. Entretanto, ao revisar o prontuário dos mesmos frequentemente não encontramos uma anamnese detalhada, uma tentativa de tratamento não medicamentoso e nem um plano terapêutico (ARROLL et al., 2012). Usualmente o que contém nesses prontuários é prescrição indiscriminada de Benzodiazepínicos (BDZ) de forma crônica, sem muitas vezes realizar uma reavaliação do quadro do paciente; assim é gerado um grande grupo de pacientes dependentes dessa medicação e aumenta-se muito a possibilidade de iatrogenia (FALLOON et al., 2011).

Poucos estudos demonstram eficácia continuada durante longos períodos do uso de BDZ na TI (SCHUTTE-RODIN et al., 2008). Além disso outros estudos demonstraram que o uso da medicação apresentou um aumento no risco de acidentes automobilísticos, quedas e fraturas, intoxicações fatais, declínio geral no estado funcional, disfunção cognitiva (GLASS, 2005). Estudos mais recentes têm demonstrado um aumento da demência no idoso (GAGE et al., 2012). O uso a longo prazo do BZD eleva o risco de tolerância e dependência a medicação (PETURSSON et al., 1994). O desmame do uso de BZD para TI tem sido um grande desafio na prática de saúde, de suma importância para a saúde pública, sendo que diversos modelos têm sido desenvolvidos (LADER et al., 2009).

O presente estudo mostra sua relevância em vista da necessidade de implementar o tratamento adequado da TI, com redução do uso de BZD, a fim de reduzir a iatrogenia pelo uso crônico dessa medicação.

## **2. Objetivo**

2.1 Objetivo Geral: O objetivo do presente estudo será desenvolver e implementar um protocolo de desmame de BZD para TI, seguido por elaboração de um grupo de TI, visando a melhoria da qualidade do sono e de vida .

2.2 Objetivos Específicos:

1. Elaborar protocolo de desmame de BZD para TI.
2. Avaliar os pacientes que comporão o grupo.
3. Implantar e avaliar o projeto.

## **3. Método**

Local: Unidade Floresta do Sul. Município de Presidente Prudente - SP

Público-alvo: Pacientes com TI em uso de BDZ

Participantes: Profissionais que atuam no atendimento destes pacientes na Estratégia Saúde da Família (ESF) Floresta do Sul

Ações:

Elaborar protocolo de desmame de BZD para TI. Será realizado um grupo de estudos, com a participação dos profissionais que atendem na ESF: médico, enfermeiro, dentista, fonoaudiólogo, nutricionista e psicóloga, com a finalidade de elaborar o protocolo com medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Avaliar os pacientes que comporão o grupo. Será realizado um levantamento de todos os pacientes que fazem uso de BZD sem outras co-morbidades; eles serão convidados a passar em consulta médica para a avaliação da TI e possível inclusão no grupo.

Processo de implantação do projeto. Os pacientes selecionados serão convidados a fazer parte do grupo que ocorrerá mensalmente. Em todos os encontros será realizada uma consulta médica para avaliar o desmame da medicação e a qualidade do sono. Após essa avaliação será realizada uma palestra pelos profissionais participantes do grupo de estudos, com temas pré-estabelecidos (Ex: higiene do sono, alimentos para se consumir antes de dormir, bruxismo, ansiedade x sono, estresse). O grupo terá uma duração de 6 meses, com a proposta de início, meio e fim. Aqueles participantes que não conseguirem realizar o desmame completo do BZD poderão ingressar no novo ciclo do grupo.

Avaliação / Monitoramento: Para a avaliação da efetividade da intervenção será realizado um diário do sono antes do início e após o término do grupo, além de quantificar a redução do consumo de BZD pelo paciente.

## **4. Resultados esperados**

O presente estudo poderá trazer benefícios e aprimorar a saúde coletiva por meio da redução do uso de BZD pelos pacientes, buscando ir além das práticas tradicionais. Este estudo deverá propiciar mudanças

abrangentes, levando-se em consideração tanto a redução do uso da medicação quanto a melhoria da qualidade de sono e de vida pelos paciente.

## 5. Referências

- ARROLL, Bruce et al. Prevalence of causes of insomnia in primary care: a cross-sectional study. **Br J Gen Pract**, [s.l.], v. 62, n. 595, p.99-103, 1 fev. 2012.
- FALLOON, K. et al. The assessment and management of insomnia in primary care. **Bmj**, [s.l.], v. 342, n. 271, p.2899-2899, 27 maio 2011
- FRIEDMAN, Matthew J. et al. Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. **Depression And Anxiety**, [s.l.], v. 28, n. 9, p.737-749, 16 jun. 2011
- GAGE, S. Billioti de et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. **Bmj**, [s.l.], v. 345, n. 274, p.6231-6231, 27 set. 2012
- GLASS, J.. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. **Bmj**, [s.l.], v. 331, n. 7526, p.1169-1175, 19 nov. 2005
- LADER, Malcolm; TYLEE, Andre; DONOGHUE, John. Withdrawing Benzodiazepines in Primary Care. **Cns Drugs**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.19-34, 2009
- MARCHI, Nely Silvia Aragão de et al. Analysis of the prevalence of insomnia in the adult population of São José do Rio Preto, Brazil. **Arq. Neuro-psiquiatr.**, [s.l.], v. 62, n. 3, p.764-768, set. 2004
- PETURSSON, H.. The benzodiazepine withdrawal syndrome. **Addiction**, [s.l.], v. 89, n. 11, p.1455-1459, nov. 1994
- SCHUTTE-RODIN S. et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. **J Clin Sleep Med**, [s.l.], v. 4, n. 5 p.487-504, maio 2008