

# Título: **Redução do uso de benzodiazepínicos: Desmame gradual e abordagem terapêutica racional**

Aluno: Thiago Borghi Petrus Costa

Orientadora: Adriana Vieira

## **Introdução:**

De acordo com Stahl<sup>1</sup>, o ácido gama-aminobutírico (GABA) é o principal neurotransmissor inibitório do cérebro, que normalmente desempenha um papel regulador importante na redução da atividade de numerosos neurônios, como os da amígdala e os das alças corticoestriadotalamocorticais (CETC). Os benzodiazepínicos (BDZs), talvez os ansiolíticos mais conhecidos e mais largamente usados, atuam ao intensificar as ações do GABA na amígdala e no córtex pré-frontal, nas alças CETC, para aliviar a ansiedade. A atuação dos BDZs nos receptores GABA, por meio de ligação alostérica, também pode promover ação hipnótica, podendo fazer com que o estado de ativação de um indivíduo com insônia passe de hiperatividade para o sono<sup>2</sup>.

A partir da prescrição desenfreada e do uso crônico dos BDZs, ficaram notórios seus efeitos colaterais, entre estes: a dependência, a tolerância, o rebote (tabela 1) e a diminuição do limiar convulsivo quando da descontinuação imediata do tratamento. Tais efeitos colaterais, bem como a prescrição excessiva dos BDZs, foram alertados à população mundial desde 1983, pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>3</sup>. Atualmente, o órgão maior de regulação de medicamentos dos Estados Unidos da América, o Food and Drug Administration (FDA)<sup>4</sup>, autoriza o uso de alguns BDZs, alertando, na bula de cada um deles, o risco de abuso e de dependência. São exemplos: Clobazam<sup>5</sup> (disponível no Brasil via Sistema Único de Saúde - SUS), Quazepam<sup>6</sup> e Clonazepam<sup>7</sup> (disponível no Brasil via SUS). Em se tratando do contexto brasileiro, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) também se posicionou em consonância com a OMS e com o FDA, publicando um boletim, em 2013, ressaltando a condição de segunda linha de tratamento dos BDZs em virtude da incerteza da sua eficácia a longo prazo, do seu potencial de abuso e do seu risco de dependência; afirmando que seu uso prolongado também está associado a sonolência ao longo do dia, redução dos reflexos, comprometimento da memória e risco aumentado de quedas e fraturas de quadril em idosos<sup>8</sup>.

Em 2001, GALDUROZ e colaboradores estimaram que a prevalência do uso de BDZs foi de 3,3% da população, em uma pesquisa envolvendo 107 cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes, sendo que o uso entre as mulheres era cerca de três vezes maior do que os homens<sup>9</sup>. Em 2016, SCHALLEMBERGER e colaboradores concluíram que a utilização de BDZs foi superior novamente entre mulheres e em faixas etárias mais elevadas. O período de utilização do benzodiazepínico (BDZ) foi maior que 1 ano para todos os 42 entrevistados. A avaliação de dependência (por meio do *Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire*) apontou que mais da metade dos usuários eram dependentes, e a maioria apresentou grau de ansiedade grave<sup>10</sup>.

Apesar de se configurar um problema de saúde pública, ORLANDI E NOTO entrevistaram usuários crônicos e constataram que a maioria relatou ser frequente a obtenção de prescrição de BDZs por solicitações junto aos médicos, sem necessidade de consulta formal. Os usuários enfatizaram a facilidade em adquirir a medicação e a falta de orientação médica<sup>11</sup>. AUCHEWSKI e colaboradores avaliaram as orientações médicas recebidas por 120 pacientes que procuraram uma farmácia para comprar BDZs, e concluíram que o elevado número de pacientes que usavam BDZs de modo contínuo e crônico, o insucesso na interrupção da medicação e a pouca orientação sobre o tempo de uso do medicamento podem indicar a falta de preocupação do médico com a possível dependência induzida pelos BDZs<sup>12</sup>.

O contexto, portanto, pede uma intervenção protocolar e efetiva na redução do uso dos BDZs, baseada no tratamento efetivo da ansiedade e da insônia, com ferramentas educativas e, se necessário, medicamentosas, estas desvinculadas de dependência e de tolerância. O presente projeto propõe a detecção de pacientes que fazem uso crônico de BDZs, a busca da indicação de tal medicação, por meio de entrevista com preenchimento de questionário, a implantação de um desmame gradual, com suporte medicamentoso, se

necessário, e tratamento da patologia base considerando o uso racional dos medicamentos. O benefício de tal intervenção se refletirá na redução da dependência química relacionada a tratamento medicamentoso de longo prazo, na promoção do uso racional de medicamentos e na eficácia da abordagem do tratamento da Saúde Mental.

### **Objetivos Geral e Específico(s):**

Em um aspecto geral, o objetivo do presente Projeto de Intervenção é qualificar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no sentido de promover ao usuário um cuidado longitudinal no que concerne o tratamento da Saúde Mental, iniciando pela porta de entrada do SUS, que é a Atenção Básica, uma vez que a maioria dos casos que geram a dependência dos BDZs podem ser manejados e acompanhados na própria Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).

A diminuição da tolerância e da dependência a BZDs, através do desmame, e um tratamento mais efetivo da ansiedade e da insônia fazem papel de molas propulsoras deste projeto. Ações estas realizadas por meio de triagem, acompanhamento e aconselhamento. Todos os esforços em prol da redução do número de comprimidos e de dispensações de BDZs na Atenção Básica.

### **Método:**

Identificação dos usuários de BDZs vinculados à equipe do médico participante do projeto ou dos pacientes vinculados à UBSF como um todo, dependendo da dimensão do número de pacientes e da quantidade de médicos, enfermeiros e psicólogos aptos a participar do projeto. Vê-se por apto o médico e/ou enfermeiro e/ou psicólogo disponível e disposto. Serão excluídos da intervenção os pacientes acamados e os pacientes com diagnóstico de epilepsia, de doenças demenciais (como o Alzheimer) e de doenças psiquiátricas que cursem com surto psicótico (esquizofrenia, transtorno bipolar de humor, entre outros), uma vez que o desmame pode descompensar a patologia base de forma a piorar o controle da mesma e, por consequência, a qualidade de vida do usuário e de seus acompanhantes/cuidadores.

Elaboração do questionário a ser preenchido na primeira abordagem ao paciente usuário de BDZ, sendo que é importante conter em tal questionário a identificação do paciente (sexo, idade e profissão), qual o BDZ usado, a indicação do mesmo, caso o paciente saiba, a posologia e a quanto tempo, aproximadamente, o paciente faz uso de tal medicação. É igualmente importante identificar as comorbidades e demais medicações utilizadas pelo paciente, para que se possa elaborar um plano de tratamento individualizado. O questionário poderá ser utilizado para fins estatísticos ao final do projeto.

Elaboração da ficha de desmame que servirá de referência ao paciente, para que o mesmo possa se situar no tempo exigido para que o BDZ seja reduzido gradualmente. A ficha deve conter espaço para o nome do paciente, para as datas que o paciente deve cumprir, e para a quantidade do comprimido a ser ingerida no período de tempo específico. Ex para quem faz uso de 01 comprimido de Diazepam 5mg, à noite:

Nome do Paciente

Desmame de Diazepam 5mg

De 10/10 a 24/10 ----- Tomar 1/2 comprimido de diazepam, à noite (metade do comprimido)

De 25/10 a 08/11 ----- Tomar 1/4 de comprimido de diazepam à noite (metade da metade do comprimido)

De 09/11 a 23/11 ----- Tomar 1/4 de comprimido de diazepam à noite (metade da metade do comprimido) em dias alternados (dia sim, dia não).

Em 24/11 - Encerrar desmame

As fichas de desmame devem ser adaptadas a quem faz uso de 1, 2, 3 ou 4 comprimidos ao dia, estendendo, por consequência, o período de desmame.

Organização dos pacientes em grupos, conforme logística da UBSF, sem que se ultrapasse a quantidade de 5 pacientes por grupo. A frequência dos grupos também depende da disponibilidade de agenda dos profissionais envolvidos. Ex: 2 grupos ao mês, por médico que participar. Caso não exista possibilidade de existência dos grupos, seja por falta de logística ou por falta de agenda, os pacientes podem ser convocados individualmente, e encaixados em agenda, com uma quantidade pré-estabelecida de vagas por semana para o projeto.

Durante o primeiro contato do paciente, o questionário deve ser preenchido e o tratamento paralelo da patologia base estabelecido pelo médico, seja com abordagem medicamentosa ou não, a critério. As medicações suporte podem ou não ser utilizadas durante o desmame, a exemplo da prometazina, da levomepromazina, da valeriana, medicações estas, por vezes, disponíveis na farmácia da UBSF e não associadas ao desenvolvimento de tolerância e dependência, conforme demanda e advento ou não de comorbidades.

É extremamente importante a elucidação dos entraves e da condição de segunda linha de tratamento dos BDZs para transtornos ansiosos e para insônia, da possibilidade do desenvolvimento de tolerância, dependência e dos alertas de grandes entidades mundiais acerca dos riscos do uso de BDZs a longo prazo, entidades como a OMS, o FDA e a Anvisa. Uma breve apresentação pode ser elaborada para ser utilizada durante o grupo, quanto mais lúdica melhor. No caso da não possibilidade do grupo, a elaboração de panfletos e cartazes pode ser válida.

Na medida do possível, dentro da rotina da UBSF, os casos e os questionários podem ser avaliados pelos médicos, enfermeiros e psicólogos da equipe, bem como o retorno por parte dos médicos no caso dos pacientes que seguem o acompanhamento em consultório.

### **Resultados Esperados:**

Redução da dispensação de comprimidos e de retiradas de BDZs na UBSF, como consequência da diminuição da tolerância e da dependência a BDZs, no período de 1 ano.

### **Referências:**

- 1 - STAHL, Stephen M. Transtornos de Ansiedade e Ansiolíticos. In: STAHL, Stephen M. Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 9. p. 358-385. Tradução de: Irismar Reis de Oliveira.
- 2 - STAHL, Stephen M. Transtornos do Sono e da Vigília e seu Tratamento. In: STAHL, Stephen M. Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 11. p. 409-434. Tradução de: Irismar Reis de Oliveira.
- 3 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE (Suíça). Use and abuse of benzodiazepines. Bulletin Of The World Health Organization, Genebra, v. 4, n. 61, p.551-562, set. 1982. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2536139/>>. Acesso em: 11 set. 2016.
- 4 - ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. UNITED STATES FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. . Medication Guides. 2016. Disponível em: <<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm085729.htm>>. Acesso em: 12 set. 2016.
- 5 - ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. UNITED STATES FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. . Medication Guide: Clobazam. 2013. Disponível em: <<http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM222366.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.
- 6 - ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. UNITED STATES FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. . Medication Guide: Quazepam. [2013]. Disponível em: <<http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM191086.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

- 7 - ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. UNITED STATES FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. . Medication Guide: Clonazepam. 2013. Disponível em: <<http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM225680.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.
- 8 - BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. . **Saúde & Economia**: Transtornos de Ansiedade. 2013. Ano V nº10 Dezembro. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Saúde+e+Economia+nº+10/a45e002d-df42-4345-a3a2-67bf2451870c>>. Acesso em: 12 out. 2016.
- 9 - GALDUROZ, Jose Carlos F et al. Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Pesquisa Domiciliar Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País. Revista Latino- Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 1, n. 13, p.888-895, set. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421851017>>. Acesso em: 11 set. 2016.
- 10 - SCHALLEMBERGER, Janaína Barden; COLET, Christiane de Fátima. Assessment of dependence and anxiety among benzodiazepine users in a provincial municipality in Rio Grande do Sul, Brazil. Trends In Psychiatry And Psychotherapy, Ijuí, v. 38, n. 2, p.63-70, jun. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-60892016000200063&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892016000200063&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 11 set. 2016.
- 11 - ORLANDI, Paula; NOTO, Ana Regina. Uso Indevido de Benzodiazepínicos: Um Estudo com Informantes- Chave no Município de São Paulo. Revista Latino-americana de Enfermagem, São Paulo, v. 13, n. , p.896-902, out. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000700018&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700018&lang=pt)>. Acesso em: 11 set. 2016.
- 12 - AUCHEWSKI, Luciana et al. Avaliação da Orientação Médica Sobre os Efeitos Colaterais de Benzodiazepínicos. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 26, n. 1, p.24-31, mar. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000100008)>. Acesso em: 11 set. 2016.

Tabela 1

Dependência	Estado fisiológico de adaptação produzido pela administração repetida de determinadas substâncias, como álcool, heroína e benzodiazepínicos, quando são abruptamente interrompidas. Tais substâncias estão associadas à abstinência física, distinta das alterações que motivam a abstinência aguda e a abstinência protraída, na adição.
Tolerância	Ocorre tolerância quando, após administração repetida, determinada dose de uma substância produz menos efeito ou, ao contrário, quando doses progressivamente maiores precisam ser administradas para se obterem os efeitos observados com o uso inicial da substância.
Rebote	Expressão exagerada da condição original às vezes apresentada por pacientes imediatamente após a interrupção de um tratamento efetivo.

