



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

BRUNO GONÇALVES CAMPAGNONE

ADIÇÃO E USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA COMUNIDADE DE
SUMARÉ

SÃO PAULO
2020

BRUNO GONÇALVES CAMPAGNONE

ADIÇÃO E USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA COMUNIDADE DE
SUMARÉ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: CRISTIANE COSTA E SILVA MENEGUCCI

SÃO PAULO
2020

Resumo

Os benzodiazepínicos são medicamentos psicotrópicos com atividade ansiolítica e sedativa, prescritos em larga escala e utilizados de forma crônica e errônea por grande parte da população. Este estudo objetivou aprofundar na questão da adição pela droga, as causas e motivos do uso indiscriminado, a partir de uma investigação bibliográfica. Com uma análise de 22 obras, foram expostos fatores que favorecem à alta prevalência e incidência de dependentes, baseando nos fatos colhidos para projetar e propor um plano de ações intencionais na comunidade em questão.

Palavra-chave

Psicotrópicos. Dependência Química.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Dentre todos os problemas sociais presentes no território de abrangência da Unidade de Saúde da Família São Judas, correspondente à microárea localizada na área 4 do município de Sumaré, um dos fatores de maior vulnerabilidade social e maior prevalência na população correspondente, é o uso crônico indevido de benzodiazepínicos.

Na população em estudo, a predominância é de usuários do sexo feminino maiores de 50 anos, que buscam o efeito hipnótico da medicação. Esta finalidade para o uso da droga é a mais preponderante dentre os casos de adição de benzodiazepínicos, sendo estes pacientes os mais relutantes a aceitar o tratamento da dependência química.

A origem desta dependência tem relação com o padrão em que vivem estes indivíduos, envolvendo uma fragilidade socioeconômica associada à queixa comum de ansiedade, estresse e principalmente quadros de insônia crônica, cujo tratamento foi previamente realizado de maneira iatrogênica.

Portanto, são também grandes contribuintes para a alta prevalência do problema atual, um passado de medicalização imprudente e prática médica fragilizada, cujos responsáveis prescreviam estes medicamentos controlados por desinformação, insciência ou fobia de confrontação interpessoal com os pacientes, com uma prática de renovação por vários anos, sem reavaliação adequada.

ESTUDO DA LITERATURA

Os benzodiazepínicos são medicamentos psicotrópicos com atividade ansiolítica e sedativa. O clordiazepóxido, foi o primeiro a ser descoberto, em 1955, acidentalmente pelo químico Leo Sternbach (SHORTER E, 2005). Desde sua introdução no mercado em 1960, os benzodiazepínicos tiveram uma rápida adesão da classe médica, devido à sua alta eficácia e tolerância, e tornaram-se os medicamentos mais prescritos para o tratamento da ansiedade e insônia no mundo (ALVARENGA et al., 2007). No Brasil, é a terceira classe de drogas mais prescritas, sendo utilizada por 4% da população, aproximadamente. (NORDON; HÜBNER, 2009). O artigo da *Carta Capital* de 4 de novembro de 2015, aponta uma evolução de cerca de 29 mil caixas consumidas em 2007 para 23 milhões em 2015.

O uso de calmantes está diretamente associado ao universo sociocultural do usuário, que comumente replica fundamentos científicos médicos a partir do próprio conhecimento de vida, do conceito popular de cada doença e das terapias populares utilizadas para a cura, sem validação científica. (MENDONÇA; CARVALHO, 2005). Os benzodiazepínicos apresentam-se como solução para condições que exorbitam nos grandes ajuntamentos humanos: diminuição de ansiedade e do estresse, controle e regulação do sono, atividade relaxante, sensação de bem-estar (BUENO, 2012).

O uso indevido de benzodiazepínicos tem associação, não só com seus consumidores, mas também com os médicos que prescrevem a medicação e os farmacêuticos que a dispensam. NOTO et al. (2002), indicou imprudência no preenchimento das notificações e receitas controladas e, além disso, indicativos de falsificações, na forma de prescrições por médicos que já morreram e notificações com numeração oficial duplicada. Essa prática indica a necessidade de uma ampla revisão no atual sistema de controle desta droga, assim como da função desempenhada pelos profissionais de saúde neste sistema (ORLANDI; NOTO, 2005).

Os primeiros estudos clínicos que evidenciaram o desenvolvimento de dependência e sintomas de abstinência em doses terapêuticas surgiram apenas após os anos 70, quando passou-se a considerar o risco dos benzodiazepínicos para induzirem adição ou dependência (NORDON; HÜBNER, 2009). Entretanto, persistiu por certo tempo a ideia de que a própria dependência era uma complicação rara. Muito desta renitência em aceitar o potencial de adição dos benzodiazepínicos deve-se ao perfil benigno de seus efeitos adversos, que o torna um medicamento seguro se comparado com barbitúricos e outros sedativos hipnóticos (ORLANDI; NOTO, 2005).

A Organização Mundial da Saúde e o Órgão Internacional de Controle de Entorpecentes tem advertido sobre o uso indiscriminado e o inábil controle de psicotrópicos nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse alerta foi reforçado por estudos divulgados nas décadas de 80 e 90 que divulgaram uma preocupante realidade referente ao uso de benzodiazepínicos (NAPPO; CARLINI, 1993).

Atualmente, são indicados apenas para o tratamento agudo e subagudo de ansiedade e crises convulsivas agudas (BUENO, 2012). O uso prolongado de altas doses de benzodiazepínicos no tratamento de transtornos psiquiátricos primários, que compreende em períodos acima de 4 a 6 semanas, pode ser o causador de tolerância, abstinência e, conseqüentemente, adição e dependência (LARANJEIRA et al., 1996). Os benzodiazepínicos

devem ser, portanto, usados por períodos curtos e sob supervisão médica minuciosa e rigorosa.

Os benzodiazepínicos são notoriamente ineficazes na terapia da insônia crônica em longo prazo, pois perdem o efeito ao longo do tempo e produzem uma ampla alteração da estrutura do sono, sendo então, contraindicados para este objetivo (MONTGOMERY; LILLY, 2007). Além de afetar na diminuição do sono de ondas lentas e em menor grau do sono REM, há tolerância para o efeito promotor do sono. Ademais, o sono passa a ser menos reparador (WALKER, 2009). Assim, recomenda-se o uso de técnicas comportamentais e higiene do sono (MORIN et al., 2004), associado à um diagnóstico exato das causas da insônia.

O melhor recurso para tratamento da Síndrome de Dependência de Benzodiazepínicos é a retirada gradual (PARR, 2009). É o mais prático, frugal e traz menos riscos para o paciente. Enquanto a psicoterapia breve tem 4 vezes de chance de interrupção do uso da droga, a redução gradual tem até 6 vezes mais chances. A substituição para outros fármacos é discutível, visto que praticamente não altera a chance de cessar o uso (PARR, 2009). Além da vantagem de não ter que introduzir um novo medicamento qualquer, como na substituição por outro benzodiazepínico, de meia-vida mais longa (DENIS et al., 2006).

A redução gradual, após a motivação e educação do paciente, é o melhor método de retirada. Deve ser obtido bom vínculo da equipe com o paciente, estabelecendo um controle firme apoiado por informações por escrito, cronogramas, em uma evolução paulatina que dura até 6 meses (LADER et al., 2009).

AÇÕES

A criação de ações coletivas como grupos com enfoque nos principais vícios desta comunidade seriam de grande contribuição. A população local apresenta quadro predominante de insônia crônica associada ao uso crônico indevido de benzodiazepínicos, com facilidade em obter receitas controladas com os médicos que atendiam neste estabelecimento, além do fato de que faziam uso da medicação sem entender os riscos e consequências de seu uso e ainda indicavam e forneciam o medicamento para familiares, amigos e vizinhos. É, portanto, necessária uma abordagem aos usuários através da priorização de uma prática médica longitudinal, integral e individualizada.

E o primeiro passo na terapia de retirada gradual dos benzodiazepínicos é a criação de um grupo de educação e informação, composto por reuniões quinzenais, em pequenos grupos de cerca de 5 à 10 pessoas, para assim proporcionar maior atenção ao paciente e suas individualidades no contexto psicossocial, lideradas pelo médico da Unidade de Saúde, com ocasional visita de profissionais ligados ao NASF, como psicólogos. A duração do tratamento varia para cada paciente, mas mesmo para os que já obtiveram um resultado positivo, o retorno aos grupos é positivo para o incentivo de outros participantes.

Desta maneira, criar um grupo com enfoque educacional inicial na insônia crônica, informando sobre o sono e insônia, higiene do sono, terapias cognitivas, terapias alternativas como o Mindfulness, estimulando a exposição solar e exercícios físicos. Ao mesmo tempo, o grupo buscaria, em uma segunda etapa, aos poucos iniciar a proposta de retirar os benzodiazepínicos, informando sobre a dependência e suas consequências, além de oferecer medicamentos que o substituam e auxiliem em sua retirada.

A divulgação do grupo e de informações valiosas discutidas nos encontros do grupo será feita por folhetos informativos distribuídos pela Unidade de Saúde, assim como promovida pelos profissionais da Equipe Saúde da Família e pelos próprios pacientes. Além de estimular novos pacientes à iniciar a retirada e à conhecer as atividades do grupo nas consultas ambulatoriais de rotina.

Ao longo do tempo, o objetivo é tornar o grupo direcionado às técnicas de retirada gradual dos benzodiazepínicos e sua substituição quando necessária. Nesta etapa, a prática além de informativa, trabalha a diminuição gradativa do seu uso, com retirada de 25% da dose à cada 2 meses, ou utilizando-se de métodos práticos, como a retirada gradual de gotas por semana da solução oral usada. No caso de comprimido, outra prática com bons resultados é lixar o comprimido diariamente antes do uso, com progressão diária da porção lixada. É importante sempre a divulgação da evolução de cada participante nas reuniões, incentivando a melhoria individual e dos demais membros do grupo.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover conhecimento do papel dos medicamentos, seus riscos, efeitos colaterais e conter a prática da automedicação e do uso crônico de medicamentos, além de gerar incentivos e assistência à prática do autocuidado. E também, ampliar o vínculo do usuário com os funcionários da equipe de saúde e correlacionar particularidades familiares e fatores ambientais com o estado mental do paciente.

REFERÊNCIAS

- ♦ ALVARENGA, JM et al. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling other adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2007. 30(1):7-11.
- ♦ 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.
- ♦ BUENO, JR. Emprego clínico, uso indevido e abuso de benzodiazepínicos: uma revisão. *Revista Debates em Psiquiatria* 2012. 2(3):6-11.
- ♦ DENIS, C; FATSEAS, M; LAVIE, E; AURIACOMBE, M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2006. (3):CD005336.
- ♦ FRANCES, RJ; MILLER, SI. *Clinical Textbook of Addictive Disorders*. 2nd ed. New York, NY, USA. The Guilford Press, 1998
- ♦ GALDURÓZ, JCF; NOTO, AR; CARLINI, EA. IV Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus de 10 capitais brasileiras, 1997. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia, UNIFESP, EPM, 1997.
- ♦ KING, MB. Long-term benzodiazepine users - a mixed bag. 1994; 89:1367-70.
- ♦ LADER, M; TYLEE, A; DONOGHUE, J. Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS Drugs* 2009. 23:19-34.
- ♦ LARANJEIRA, RR; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. Almeida OP, Dractu L, Laranjeira RR. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996.
- ♦ MENDONÇA, RT; CARVALHO, ACD. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2005. 13(número especial):1207-1212.
- ♦ MONTGOMERY, P; LILLY J. Insomnia in the elderly. *Clin Evid (Online)* 2007.
- ♦ MORIN, CM; BASTIEN, C; GUAY, B; RADOUCO-THOMAS, M; LEBLANC, J; VALLIÈRES, A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry* 2004. 161:332-42.
- ♦ NAPPO, S; CARLINI, EA. Preliminary findings: consumption of benzodiazepines in Brazil during the year 1988 and 1989. *Drug alcohol Depend* 1993. 33:11-7.
- ♦ NORDON, DG; HÜBNER, CK. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Diagn Tratamento* 2009. 14(2): 66-69.
- ♦ NOTO, AR; CARLINI, EA; MASTROIANNI, PC; ALVES, VC; GALDURÓZ, JCF; KUROIWA, W. et al. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. *Rev Bras Psiq* 2002. 24(2):68-73.
- ♦ ORLANDI, P; NOTO, AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-

- * chave no município de São Paulo. Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(número especial):896-902.
- * PARR, JM; KAVANAGH, DJ; CAHILL, L; MITCHELL, G; YOUNG, R. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. Addiction 2009. 104:13-24.
- * RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde. Coordenação de Programas de Saúde Mental. Uso racional de Psicofármacos. Ano 1, Abril-Jun 2006. 1:1-6.
- * SHORTER, E. Benzodiazepines. A Historical Dictionary of Psychiatry. Oxford University Press 2005. p. 41-2.
- * SILVA, JA. História dos Benzodiazepínicos. Bernik MA, editor. Benzodiazepínicos, quarto décadas de experiência. São Paulo (SP): Edusp; 1999. p. 15-28.
- * WALKER, M. The Role of Slow Wave Sleep in Memory Processing. J Clin Sleep Med 2009. 5(2 Suppl):S20-6.
- * Review Group. Use and abuse of benzodiazepines. Bull World Health Org 1983. 61:551-62.