



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Edgar Wiese Zacchi

Promoção da descontinuação do uso de
benzodiazepínicos em uma comunidade do município de
Agrolândia - SC.

Florianópolis, Abril de 2017

Edgar Wiese Zacchi

Promoção da descontinuação do uso de benzodiazepínicos em uma comunidade do município de Agrolândia - SC.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Dalvan Antônio de Campos
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Edgar Wiese Zacchi

Promoção da descontinuação do uso de benzodiazepínicos em uma comunidade do município de Agrolândia - SC.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Dalvan Antônio de Campos
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

O uso excessivo e crônico de medicações ansiolíticas conhecidas como benzodiazepínicos é uma realidade em nosso país e no mundo. O que parecia ser uma classe farmacológica capaz de tratar vários Transtornos de Saúde Mental (TSM) logo se mostrou deletéria em outros aspectos, como a capacidade de induzir tolerância e dependência química. Tais medicamentos frequentemente são prescritos sem qualquer critério clínico e são renovados indiscriminadamente, constituindo uma verdadeira prática iatrogênica. Apesar de existir uma percepção geral entre a classe médica e entre os próprios pacientes de que é muito difícil e trabalhoso retirar essas medicações do cotidiano dos seus usuários, isto não é verdadeiro. A formação de uma boa relação médico-paciente que aponte os malefícios do uso crônico desses fármacos e o esclarecimento das dúvidas que os pacientes possam ter a respeito do assunto constituem fundamentos iniciais suficientes para que se estabeleça uma proposta terapêutica de retirada. Retirada esta que geralmente se estende por alguns meses e que deve ser monitorada - preferencialmente até o fim - pelo mesmo médico que a iniciou. Como proposta, este trabalho apresenta um projeto de intervenção já realizado entre Abril de 2016 e Fevereiro de 2017 para a retirada de benzodiazepínicos de usuários crônicos que são atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) São João, no município de Agrolândia em Santa Catarina. Os usuários crônicos foram identificados em consultas médica de rotina quando estes procuravam atendimento e/ou renovação de receitas. Foi realizada uma abordagem informativa-educacional quanto aos malefícios particulares do uso crônico desses fármacos e uma proposta de retirada/substituição controlada e gradual oferecida, conforme cada caso clínico de forma individualizada. A prescrição de novos medicamentos também é utilizada como ferramenta auxiliar para a substituição e retirada destas substâncias. Concomitante a isto, encontramos muitas vezes uma condição de base subdiagnosticada e subtratada em Saúde Mental que deve ser adequadamente abordada para que a retirada logre sucesso. De um total de 77 usuários crônicos identificados, 38 conseguiram descontinuar o uso (alguns em uso há mais de uma década), enquanto outros 21 ainda se encontram em processo de descontinuação. Quinze usuários se mostraram total ou parcialmente resistentes ao abandono desses fármacos.

Palavras-chave: Atenção Básica, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Transtornos Mentais

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

O município de Agrolândia teve seu marco histórico inicial em 1911, quando os irmãos, Ricardo e Domingos Alves Paes e alguns familiares, vindos do município de Lages, descobriram as terras da região. Procederam então o desmatamento e o plantio de milho e feijão. Em 1913 a família Alves Paes passou a residir definitivamente no local, dando origem ao nome da comunidade denominada de Serra dos Alves. Em 1917 vieram as primeiras famílias residirem na localidade, que de início denominou-se Trombudo Alto. "Trombudo" porque seu rio tinha muitas curvas semelhantes a uma tromba e "alto" por estar próxima a Serra Geral. Entre as famílias pioneiras estão as de Otto Zwicker, Otto e Leopoldo Prochnow e João e Eduardo Will. Logo após, outras famílias da colonização italiana de Rodeio, Rio dos Cedros e arredores, foram chegando e dedicando-se à agricultura e pecuária, atividades motivadoras do atual município.

Em 1957 criou-se o distrito de Trombudo Alto, pela lei municipal nº 301, de 01-05-1957 e homologada pela Assembleia Legislativa do Estado de SC pela lei nº 308 de 29-08-1957, subordinado ao município de Rio do Sul. Pela lei estadual nº 348, de 21-06-1958, o distrito de Trombudo Alto passou a pertencer ao município de Trombudo Central. Em 12-06-1962, através da Lei Estadual nº 831, passou a categoria de Município, desmembrando-se de Trombudo Central, e com o nome de Agrolândia. O nome deriva de O nome do Município origina-se de AGRO = agricultura e LÂNDIA = cidade. A data da instalação do município ocorreu no dia 25-07-1962. Atualmente, apesar de ainda importante, a agricultura já não é mais o carro chefe do desenvolvimento econômico do município, agora com um grande número de facções e metalúrgicas, destacando-se a Multicolor Têxtil como maior indústria local.

O município de Agrolândia possui várias comunidades distribuídas em bairros com equipes de Saúde da Família (eSF), sendo que as áreas de interesse deste trabalho, população adscrita a Unidade Básica de Saúde (UBS) São João, são os seguintes bairros: São João; Pitangueira; Ziegel; Ipiranga e Barra do Tigre. Abrangendo um total aproximado de 2700 pessoas. Desse total 53% são de mulheres (1431) e o restante é composto de homens. Por faixa etária a população está dividida assim: 941 crianças e jovens; 1470 adultos; e 289 idosos.

A eSF da UBS São João, realiza o acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), entre outras condições mórbidas. Este acompanhamento é feito através da realização de encontros com a comunidade onde são feitas palestras explicativas sobre estas e outras doenças, contribuindo para a informação e o esclarecimento de dúvidas sobre estes agravos. Ressalta-se que não ocorreram casos de Hanseníase, bem como de Tuberculose em 2015 no município de Agrolândia.

Por outro lado a saúde bucal na UBS São João e no município de Agrolândia como

um todo deixa bastante a desejar. Não há índice oficial de dentes perdidos, obturados ou cariados, mas informações coletadas junto a equipe de Saúde Bucal (eSB) do município sugere que cerca de 80% das crianças apresentam problemas graves de higiene bucal.

As queixas mais comuns que levam a população a procurar atendimento na UBS São João são: problemas respiratórios, principalmente crianças com IVAS (21,5 %); dores osteomusculares (17,5%); pessoas com queixas de ordem psiquiátricas diversas - ansiedade e depressão principalmente (15%); HAS mal controlada (11,5%); DM tipo 2 mal controlada (7,5%); entre outras demandas. Inclui-se ainda as infecções urinárias e os problemas dermatológicos como fontes de queixa frequentes. Não estão incluídos nesse computo a solicitação de exames ou a renovação de receitas, que acabam por representar quase a metade das consultas, uma vez que esses pedidos não são propriamente queixas.

Na UBS São João a eSF programa os atendimentos por meio de pré-agendamento de consultas com a distribuição de fichas. Sempre com vagas disponíveis para idosos, gestantes, deficientes e crianças. Ademais diariamente são reservadas vagas para a possibilidade de receber e atender certo número de consultas extras por dia - a chamada demanda espontânea.

Agrolândia conta com um único hospital de condições bastante limitadas em termos de pessoal e material. Há apenas um médico plantonista no hospital responsável por internações breves em casos de menor complexidade ou para encaminhamento em casos mais graves e/ou cirúrgicos para o Hospital Regional de Rio do Sul/SC, nossa referência. As principais causas de mortalidade dos residentes do nosso bairro foram: Infarto Agudo do Miocárdio; Ataque Vascular Cerebral; Pneumonias; Complicações por Neoplasias avançadas; Sepses de causas variadas.

Além destes agravos e doenças chama a atenção em nossa área uma condição em particular, que chega a se destacar do ponto de vista epidemiológico em nossa comunidade: O grande número de usuários crônicos de benzodiazepínicos.

Desde o final da década de 70 os benzodiazepínicos tornaram-se uma das drogas mais prescritas no mundo (ASTHON, 2004). Hoje sua prescrição como tranquilizantes e hipnóticos, entre outras finalidades, já está consolidada como um hábito corriqueiro e onipresente na prática médica brasileira (NORDON; HÜBNER, 2009).

Seus principais efeitos terapêuticos compreendem os seguintes pontos: Ansiolíticos; hipnóticos, miorelaxantes, anticonvulsivantes, e a capacidade de produzir amnésia anterógrada - o que pode ser útil em certas circunstâncias cirúrgicas (RITTER; FLOWER; ANDERSON, 2011).

Quando começaram a ser comercializadas em larga escala pareciam ser drogas de grande potencial terapêutico para diversas afecções, no entanto, logo se demonstrou a presença de efeitos colaterais importantes. Ainda no começo dos anos 80 muitos estudos já demonstravam que seus benefícios talvez não compensassem esses efeitos colaterais. Efeitos estes que se instalam num período muito curto de tempo de uso dessas medicações.

Os benzodiazepínicos possuem em suma dois grandes problemas atrelados ao seu uso: tolerância e dependência.

A tolerância ocorre quando uma substância perde seus benefícios terapêuticos com o passar do tempo, o que leva a um escalonamento da dose necessária para se alcançar os mesmos efeitos antes atingidos. Todos os benzodiazepínicos sintetizados sofrem deste mesmo problema (ASTHON, 2004). Para que uma substância gere dependência, pelo menos três dos seguintes critérios precisam ser preenchidos (ASTHON, 2004).

- A presença de Tolerância, já definida;
- Síndrome de Abstinência, uma síndrome que gera efeitos bem conhecidos para uma determinada substância ou similares;
- A substância em questão é consumida em grande quantidade ou consumida por um período de tempo maior do que a intenção inicial;
- Dificuldade e tentativas frustradas de descontinuação do uso;
- Tempo gasto em tentativas de conseguir mais da substância (visita a vários médicos);
- Importantes atividades cotidianas deixam de ser realizadas ou tem seu tempo reduzido devido ao uso da substância;
- O uso da substância é mantido apesar do conhecimento de seus efeitos deletérios.

Os benzodiazepínicos preenchem todos esses critérios para gerar dependência química.

A Síndrome de Abstinência (SA) provocada pelos benzodiazepínicos possuem efeitos psíquicos bem conhecidos (PÉTURSSON, 1994), tais como: ansiedade, ataques de pânico, agorafobia, insônia, pesadelos, depressão, disforia, excitabilidade, perda de memória e de concentração, cefaleias, além de outros de maior gravidade como distorção da percepção, despersonalização, alucinações, distorção da imagem corporal.

A presença de efeitos colaterais físicos (PÉTURSSON, 1994) também estão presentes na SA a retirada dos benzodiazepínicos, tendo com exemplo os: tremores, dores musculares, sudorese, suor noturno, palpitações, parestesias, chegando até a fasciculações e convulsões.

O uso crônico de benzodiazepínicos está associado há vários efeitos deletérios cognitivos. Entre eles destaca-se a perda de funções cognitivas de memória e aprendizagem verbal. Outras características como nível de concentração, vigilância e atenção, além de déficits na avaliação espaço-visual também seriam afetados, apesar da literatura ainda ser conflitante e não unânime quanto a estes achados (BARKER et al., 2004).

Em geriatria o uso crônico dessas medicações, além do aumento da vulnerabilidade cognitiva dessa população, o seu uso está associado há uma maior número de quedas levando a fratura de quadril e fêmur, condições que sabidamente aumentam em muito

o índice de morbidade/mortalidade em idosos (WAGNER; WALKER, 2004) . Apesar de todos esses efeitos já bem conhecidos os benzodiazepínicos ainda são prescritos de forma indiscriminada para uma grande variedade de afecções, nem todas necessariamente de ordem psiquiátrica. Hoje exceto em certos casos especiais, sua prescrição não deveria exceder o período de três a quatro semanas (ASTHON, 2004). Ou seja, estas são drogas de aplicação aguda ou subaguda, não mais drogas de prescrição crônica para a grande maioria dos casos. Um dado importante ainda a se ter em mente é o de que nem sempre os pacientes são alertados/esclarecidos quanto as principais características deletérias dessas medicações (AUCHEWSKIA et al., 2004).

O uso agudo/subagudo dos benzodiazepínicos – por até 4 a 5 semanas - ainda pode se justificar como abordagem medicamentosa inicial em transtornos psiquiátricos com predomínio de características ansiosas, tais como o Transtorno de Ansiedade Generalizada ou transtornos depressivos do tipo misto (ZITMAN; COUVÉE, 2001) - aqueles que se caracterizam por terem componentes depressivos e ansiosos conjuntamente.

Na rotina diária da eSF da UBS São João percebe-se que muitos pacientes solicitam a renovação das receitas de benzodiazepínicos as Agente Comunitárias de Saúde (ACS) sem passar diretamente por uma avaliação médica quanto à real necessidade de continuar o uso de tal medicação. Muitas e repetidas vezes as receitas dessas medicações são renovadas cronicamente por muitos anos, sem qualquer critério ou avaliação clínica adequada. Consequentemente temos um uso indiscriminado e crônico de benzodiazepínicos.

Trata-se de um problema passível de intervenção pela equipe de saúde, uma vez que todos os seus membros - e não apenas o médico – podem ajudar a identificar os seus usuários crônicos. Algo que de fato já foi feito.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial da Atenção Básica(AB) e se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território, desenvolvendo ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades da população. A ESF tem como fundamentos o primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade. Baseado nesse último conceito entende-se que a ESF deve abranger a saúde como um todo, agindo tanto na promoção da saúde, quanto na prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2012).

Nesse contexto de abrangência global da saúde, a identificação de usuários crônicos de benzodiazepínicos e a sua gradual retirada até a cessação do seu uso está em consonância com esses pilares essenciais da ESF na AB: promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2012).

Este tema é de notório interesse público tendo em vista o grau de dependência e os efeitos deletérios que estas medicações causam em seus usuários a médio-longo prazo. A realização de um projeto de monitoração e controle adequado da prescrição destas medicações é algo factível e operacional, bastando para isso a organização dos pontos de ação e o comprometimento de toda equipe de saúde.

Ademais, um projeto como este é oportuno neste momento, não apenas para diminuir o consumo desnecessários de benzodiazepínicos, algo que por si só já o justificaria, mas para mudar toda uma cultura médico-paciente, na qual os primeiros são meros repetidores de prescrições operando de forma semiautomática, e os segundos consumidores crônicos destas medicações, nunca verdadeiramente se questionando do por que do seu consumo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Promover a descontinuação do uso crônico de benzodiazepínicos na Unidade Básica de Saúde (UBS) São João do município de Agrolândia - SC.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os usuários crônicos de benzodiazepínicos na população adscrita;
- Realiza avaliação para retirada gradual dessa classe de medicamentos de usuários crônicos;
- Acompanhar continuamente os usuários após a retirada da medicação;
- Desenvolver estratégias de educação aos profissionais de saúde, agentes comunitários e usuários para a redução das prescrições/renovações de receitas de benzodiazepínicos.

3 Revisão da Literatura

Geralmente quando falamos sobre Transtornos de Saúde Mental (TSM), seja com maior rigor técnico, seja informalmente, temos a impressão intuitiva e imediata de que já sabemos exatamente do que se está a dizer. No entanto, a definição do que seria exatamente um TSM não é algo cuja discussão acadêmica científico-filosófica tenha chegado a um consenso definitivo e acabado (STEIN, 2013). Um cientista da área médica, como a neuropsiquiatria, provavelmente teria uma definição diferente sobre o que realmente significa um TSM comparado a definição que um filósofo, um religioso ou mesmo um místico poderiam fornecer. Não que seja *a priori* impossível de ser alcançadas áreas de intersecção em comum, buscando uma definição apropriada e que satisfizesse mais ou menos a todos. De toda forma é importante salientar esse problema de abordagem das diversas disciplinas e áreas do conhecimento humano como forma de assinalar as diferenças conceituais possíveis.

Sem nos estender mais nessa discussão conceitual que permanece em aberto, iremos adotar diretamente aqui neste trabalho a definição fornecida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o famoso DSM V, devido ao enfoque médico-científico que buscamos dar a este trabalho.

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito (KUPFER *et al.*, 2013, p. 62).

A história dos tratamentos utilizados dos TSM é tão rica quanto sombria. Vários métodos utilizados até recentemente no século passado caíram totalmente em desuso e hoje chocam nossa sensibilidade. Um bom exemplo é o da lobotomia, uma intervenção cirúrgica que promovia a destruição tecidual de áreas cerebrais frontais para o tratamento de certos transtornos, como a esquizofrenia (ROONEY, 2012).

Hodiernamente as principais abordagens terapêuticas utilizadas se dão em duas frentes, a saber: abordagem farmacológica e abordagem psicológica. O tratamento com fármacos e medicamentos - os mais variados - é a principal abordagem utilizada atualmente para abordar os mais diferentes distúrbios psíquicos que acometem as pessoas. Sua intro-

dução e afirmação se deram em ritmo cada vez mais acelerado especialmente a partir da década de 50, na medida em que novas pesquisas eram desenvolvidas, devido ao avanço da ciência da farmacologia e de suas técnicas de sintetização química. Os benzodiazepínicos estão enquadrados neste tipo de abordagem farmacológica, sendo utilizados principalmente como ansiolíticos, hipnóticos e promovendo o relaxamento muscular (RITTER; FLOWER; ANDERSON, 2011).

As abordagens terapêuticas psicoterápicas compreendem todos os diferentes tipos de psicoterapias que se propõem a tratar, ou ao menos, adjuvar em parte os tratamentos medicamentosos. Aliás, a compreensão moderna é de que estes tratamentos são apenas auxiliares e complementares, mas frequentemente insuficientes de serem utilizados como opção única ou mesmo como primeira opção na maioria dos TSM. Num passado não muito distante, algumas linhas psicoterápicas tinha até mesmo a noção de serem totalmente auto-suficientes no tratamento de certas enfermidades mentais. Dentre as abordagens psicoterápicas como melhor validação científica reconhecida está a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), que demonstrou ao longo dos anos ser uma das melhores ferramentas adjuvantes no tratamento de distúrbios psicológicos e psiquiátricos (KNAPP; BECK, 2008).

Um levantamento acurado da prevalência dos TSM é um tema de grande importância e interesse, não apenas para os profissionais envolvidos no seu diagnóstico e tratamento, mas também um tema de saúde pública.

Uma revisão sistemática combinada com uma meta-análise sobre a prevalência de TSM em escala global feita por Steel et al. (2014) revelou que aproximadamente 1 em cada 5 pessoas preenchem critérios para um transtorno de saúde mental comum, como ansiedade e/ou depressão, nos 12 meses prévios a realização do estudo. Sendo que mais de um quarto dos pesquisados (29,2%) informaram ter algum tipo de TSM em algum momento de suas vidas. Constatou-se ainda que o sexo feminino possui uma maior prevalência associada há transtorno de humor e ansiedade quando comparado ao sexo masculino. E de que estes últimos tem uma maior prevalência de histórico de abuso de substâncias como álcool e drogas ilícitas. O estudo constatou que os habitantes de países de língua inglesa apresentam maiores taxas de prevalência de TSM em comparações a países de outras línguas.

Mais especificamente no Brasil um estudo feito por Santos e Siqueira (2010) a partir do levantamento de dados em 24 artigos elegíveis (de um total inicial de 193 artigos pesquisados) traçou um panorama dos TSM na população brasileira adulta. O artigo aponta uma concordância sobre a incidência de TSM na população brasileira com os dados referentes da literatura mundial. As mulheres brasileiras são mais acometidas pelos transtornos de ansiedade, enquanto que nos homens há uma maior prevalência de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Em relação à idade como referência os autores constataram que no Brasil os indivíduos na faixa etária de 25 a 54 anos apresentam os

maiores índices de TSM. No geral os artigos pesquisados nesse estudo apontam uma prevalência dos índices de TSM variando entre 20 a 56% da população adulta, acometendo especialmente mulheres e trabalhadores de baixa renda. Os autores ressaltam que a característica de transversalidade dos estudos selecionados pode comprometer um pouco a sua amostragem e análise real da situação brasileira.

Melhores e mais bem desenhados estudos com abrangência nacional, talvez dirigidos pelo Ministério da Saúde (MS), deveriam ser realizados para melhor precisar a prevalência dessas afecções. Uma vez que uma estimativa da real prevalência desses transtornos permitiria ao poder público, seja no nível nacional, estadual ou municipal, desenvolver políticas públicas e ações mais precisas em saúde mental, realizando o correto acolhimento e manejo das pessoas afetadas por esses transtornos e suas famílias. Traçando estratégias de prevenção e acolhimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Básica (AB).

Um levantamento realizado por [Moraes \(2010\)](#) na população do município de Florianópolis em 2010 focalizando a população com faixa etária entre 20 e 59 anos encontrou, após a aplicação de um questionário com perguntas do tipo sim/não, num total de 1720 entrevistados, uma prevalência de 15,2% de indivíduos que afirmam ter algum tipo de TSM (IC 95%, 13,5-16,9). Em seu estudo Ramonda também relacionou os resultados encontrados comparando-os com os perfis socioeconômicos e comportamentais dos entrevistados obtendo alguns dados interessantes. Descobriu-se que em Florianópolis há uma maior prevalência de TSM em mulheres; pessoas de cor de pele preta; que estudaram 4 anos ou menos; entre divorciados/separados ou viúvos; sedentários; fumantes inveterados; aqueles com um auto-percepção negativa da própria saúde ou que padecem de pelo menos uma doença crônica; e ainda aqueles que sofreram algum tipo de intervenção que necessitou internação hospitalar nos últimos 12 meses. Não dispomos de dados sobre a prevalência dos TSM englobando a população onde se localiza o município de Agrolândia.

Várias características são apontadas atualmente como possíveis fatores de risco para o desencadeamento dos TSM ([MRAZEK; HAGGERTY, 1994](#)). Destacam-se:

- Vulnerabilidade Genética. Certas afecções como a Doença de Alzheimer, Esquizofrenia parecem apresentar um padrão de herança genética bem evidente, por exemplo.
- Histórico de trauma encefálico. Certos traumas que num primeiro momento parecem ser passageiros e sem sequelas parecem “engatilhar” o desencadeamento de um TSM qualquer.
- Grau de Escolaridade. Esse fator tanto pode tanto posar como um fator de risco, quanto como um fator de proteção/prevenção ao surgimento de TSM. Um maior risco de desenvolvimento de demência parece estar relacionado com o grau de escolaridade menor.

- Fatores Socioculturais. Os mais diversos fatores culturais e sociais parecem contribuir em diferentes medidas e grau no desenvolvimento de TSM. Especialmente o ambiente familiar e a primeira infância parecem ser de grande relevância no desenvolvimento das mais diversas afecções, especialmente transtornos de humor e ansiedade.
- Baixa renda. Já citado anteriormente pessoas de baixa renda são mais vulneráveis a desenvolver TSM.
- Abuso de substâncias lícitas e ilícitas. Álcool e outras drogas ditas recreativas. É bem conhecido o poder da Cannabis sativa em desencadear surtos psicóticos e a instalação de quadros esquizofrênicos permanentes, por exemplo.
- Clima. Países de clima frio e de menor incidência solar anual são comumente citados como fatores contribuintes a distúrbios depressivos.
- A presença de outras comorbidades na forma de doenças crônicas e de difícil manejo, além daqueles indivíduos que apresentam sequelas físicas de acidentes. Por exemplo: cadeirantes, pessoas afetadas por doenças reumatologias entre outras costumam desenvolver transtornos de humor.

Como se pode depreender da lista acima os diferentes riscos para o desenvolvimento de TSM pertencem a diferentes categorias, sejam elas de ordem biológica, cognitiva, comportamental, emocional ou interpessoal, tendo um impacto direto na saúde mental das pessoas, especialmente naqueles períodos de maior fragilidade em determinados momentos de suas vidas.

Os TSM por si só representam um impacto negativo na saúde global dos indivíduos acometidos. Pessoas afetadas por TSM tem pior aderência ao uso de medicação, o que piora o prognóstico de outras comorbidades como Diabetes Mellitus e doenças coronarianas, além de frequentemente comprometer o próprio tratamento medicamentoso da própria afecção mental a que estão sujeitos. Além disso esta população está apresenta maiores índices de suicídio (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010).

Também resta evidente que os TSM têm um impacto negativo e deletério não somente para a saúde dos indivíduos, mas para a sociedade em geral. Pode-se dizer - como figura de linguagem - que toda a sociedade fica doente. Uma vez que não apenas aqueles afetados diretamente por um TSM qualquer são atingidos, mas seus familiares e toda a sua rede de relações sociais, sejam elas profissionais ou não. Por outro lado, uma vez que o tecido das relações sociais está doente e com fraturas, esta mesma sociedade acaba por -num movimento contrário - forjar indivíduos doentes. Há uma relação tensional dialética aqui. Por um lado temos a sociedade contra o indivíduo, e por outro lado, temos o indivíduo contra a sociedade.

Esses impactos sociais por sua vez se traduzem em impactos econômicos diretos, já que essas pessoas acabam sendo afastadas - muitas vezes em caráter definitivo – de suas atividades laborais. Muitas famílias se veem diante de uma perspectiva futura que poderia ser dita estressora: a de ter um membro da família totalmente dependente e de que pouco ou nada contribuí para a renda e o sustento familiar. Ainda mais que, em certos casos, tal indivíduo irá requisitar atenção e cuidados especiais que consomem tempo e investimento de muitas famílias que carecem de ambos.

Em muitos países do mundo, ainda hoje, não há uma política de saúde mental e em outros ainda estão em fase de implementação (SAXENA, 2017). Mais especificamente no Brasil a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de noventa e da chamada Reforma Psiquiátrica já em curso, houve um desenvolvimento notável em termos de política pública de saúde na direção de oferecer um maior acolhimento a pessoas acometidas por esses tipos de agravos.

A chamada reforma psiquiátrica no Brasil foi um movimento iniciados no fim dos anos 70, que promoveu a desinstitucionalização daqueles internos alojados em instituições antes conhecidas como asilos, manicômios e colônias, assumindo assim a forma de um movimento sanitarista de caráter político, social e econômico. Para termos uma idéia, ainda em 1988, do total de leitos disponíveis no Brasil, por volta de 19,1% estavam reservados a internos com problemas de TSM (GONÇALVES; SENA, 2001).

A reforma psiquiátrica chegou com a missão de reintegrar na medida do possível de volta a sociedade aqueles tipos tidos como indesejáveis e deploráveis. Buscando no apoio familiar uma parte conjunta do tratamento dispensado a estas pessoas. Tal esforço tem avançado com graus variados de sucesso a reintegração social destes indivíduos até então segregados de suas famílias e comunidades. No entanto, esse movimento não é isento de toda crítica. Muitas vezes os próprios familiares dos indivíduos afetados por algum TSM opõe resistência a alta hospitalar e o retorno destes ao seu convívio. É compreensível isso uma vez que muitas famílias nem sempre estão preparadas ou possuem a estrutura adequada para recebê-los o que é motivo de buscarem reinternações sucessivas e/ou permanentes, especialmente nos casos mais graves (GONÇALVES; SENA, 2001).

Portanto, a partir da Reforma Psiquiátrica, serviços que antes eram oferecidos por manicômios e colônias – mais depósitos de indesejáveis, do que lugares de tratamento – passaram a ser vistos dentro da ótica dos princípios preconizados pelo SUS de universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização dos serviços, tendo em vista a interligação entre as ações promocionais e preventivas de saúde, além das curativas, buscando manter as pessoas em tratamento a sociedade, evitando um isolamento, muitas vezes nocivo (BERNARDO; GARBIN, 2011).

Atualmente procura-se capacitar cada vez mais os próprios profissionais da AB no acolhimento e captação inicial de pessoas que sofram de TSM, ou seja, a AB também é a porta de entrada para esses tipos de agravos. Este acolhimento inicial, muitas ve-

zes é suficiente para se conseguir um adequado manejo dos casos de pequena e média complexidade, evitando encaminhamentos a serviços mais especializados de psiquiatria e psicologia, sem, no entanto, deixar de apontá-los quando realmente necessários.

A AB conta também com o apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído de profissionais de diversas áreas da saúde e de algumas especialidades médicas, que podem ser acionados para em conjunto estabelecerem um melhor manejo e discussão de casos clínicos especialmente desafiadores ou que apresentem fragilidades sociais. Por fim, também não se pode deixar de citar a área de atuação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que atendem uma população de perfil psiquiátrico que antes era confinada em manicômios e asilos ([MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012](#)).

Diariamente se observa em todo o território nacional uma grande demanda de pessoas afligidas por TSM nos serviços de atendimento, inclusive nos de emergência. O que ainda demonstra que o serviço da Atenção Básica do SUS não está totalmente funcionado como deveria. Ademais essas mesmas pessoas e seus familiares não encontram, muitas vezes, nos serviços de atendimento que procuram, profissionais - sejam eles médicos ou não - que estejam devidamente preparados e treinados para lidar com suas aflições, fragilidades e necessidades. Mas este é um perfil e uma realidade que gradualmente estão mudando.

Diante de todo este quadro descrito anteriormente, este projeto pretende oferecer uma abordagem prática, embasada em fundamentos teóricos, que permitam abordar e manejar de maneira adequada, àqueles usuários que sofram de algum TSM que estejam fazendo o uso crônico e inadequado de medicações psicotrópicas conhecidas como benzodiazepínicos. Servindo assim de guia geral - e quem sabe até de inspiração - para que outros profissionais possam estabelecer um novo conjunto de boas práticas médicas em suas rotinas de prescrição desta classe de medicamentos.

4 Metodologia

A proposta deste projeto e seu cenário de intervenção compreendem as áreas de abrangência da Unidade Básica de Saúde de São João, que inclui os bairros de São João, Barra São João, Pitangueira, Siegel e Barra do Tigre. Todos localizados no município de Agrolândia/SC e que fazem parte da nossa área direta de atuação.

A intervenção já está sendo desenvolvida desde Abril de 2016, encerrando-se em Fevereiro de 2017. Uma vez que sua aplicação requer, em muitos casos, um acompanhamento seguido por muitos meses, ou mesmo anos, até a total retirada desses medicamentos. Vale a pena notar que essa é uma proposta de intervenção que não se encerra ao final da sua aplicação pelo médico da saúde e da família atual, autor deste projeto, mas que pode ter sua atuação de continuidade mantida e aplicada por outros profissionais que o substituam.

Por se tratar de medicação de prescrição e de área de atuação clínica particular da ceara médica, a aplicação e execução deste projeto se deu exclusivamente através do próprio médico da família executante.

Inicialmente os usuários são abordados durante as consultas médicas de rotina para averiguar quais deles fazem uso crônico de benzodiazepínicos, visto que muitos deles buscam consulta exclusivamente para renovar a receitas destas medicações. Também se indagou por quais motivos e há quanto tempo iniciaram o seu uso em primeiro lugar, algo que nem sempre os próprios usuários sabem responder.

Concomitante a esta identificação inicial é feito a conscientização dos usuários dos prejuízos disfuncionais psicofísicos que o uso crônico de benzodiazepínicos acarreta na saúde geral dos mesmos. Este processo de esclarecimento por si só representa um primeiro passo de fundamental importância no objetivo de diminuir e/ou retirar de forma bem sucedida essas medicações. Uma vez que os usuários frequentemente se apresentam desinformados sobre tais prejuízos a médio e longo prazo. Assim procedendo há um reforço natural da relação de confiança médico/usuário o que poderá influenciar decisivamente no desfecho positivo que se quer alcançar.

Por fim, conforme julgamento clínico individualizado, feito caso a caso, é feita a proposta de retirada gradual dos benzodiazepínicos até o seu completo abandono. A prática de se diminuir gradualmente a dose do benzodiazepínico em uso, em conjunto com a presença de apoio psicológico, é a estratégia mais amplamente aceita e utilizada mundialmente para sua descontinuação.

Essa redução se dá simplesmente pela diminuição controlada e programada da substância em uso, ou em determinados casos, a sua substituição temporária por dose equivalente de Diazepam, como é preconizado por alguns autores, visto que este benzodiazepínico tem meia vida mais longa, o que permite o melhor controle dos sintomas de abstinência. Alguns autores sugerem que são necessárias de 6-8 semanas para a retirada completa da

medicação, mas frequentemente muitos usuários podem necessitar de um período maior de tempo.

A prescrição de novos medicamentos também é utilizada como estratégia auxiliar para a substituição e retirada destas substâncias. Quase que obrigatoriamente os usuários apresentam-se em consulta com algum tipo de Transtorno de Saúde Mental como condição de base, frequentemente do tipo misto depressivo-ansioso, além de insônia (seja ela de início ou de manutenção da qualidade do sono), necessitando assim fazer o uso de alguma medicação que contemple esses sintomas e que facilite a retirada dos benzodiazepínicos.

Alguns dos medicamentos adjuvantes prescritos nesse processo de retirada que podemos citar são os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina; Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina; Os Tricíclicos; Outros Antidepressivos Atípicos; Beta-Bloqueadores ansiolíticos como o propranolol; Hipnóticos como o Zolpidem; e certos fitoterápicos como a Valeriana por suas propriedades também ansiolíticas e hipnóticas.

5 Resultados Esperados

Como já exposto anteriormente neste trabalho, os benzodiazepínicos são medicamentos com um grande rol de efeitos colaterais e com alto potencial de gerar dependência química. Este último fato, aumenta em muito o número de usuários que acabam por se tornar usuários crônicos. Como resultado seu uso se estende por longos períodos de tempo, anos, e até com certa frequência décadas. Tal situação gerada tem uma parcela de culpa compartilhada - se assim podemos dizer - sendo uma parte cabendo aos médicos, que prescrevem e renovam tais medicamentos sem o devido critério e acompanhamento clínico, mas também dos usuários, que muitas vezes interrompem o tratamento com o mesmo médico prescritor inicial ou que buscam em outro profissional a substância que lhes foi negada pelo primeiro. Em suma: os potenciais benefícios a curto prazo dos benzodiazepínicos são frequentemente suplantados pelo seu uso inadequado e crônico a longo prazo.

Sendo assim esperamos alcançar com nossa intervenção direta, circunscrita dentro da nossa área de atuação local, identificar, em primeiro lugar, os usuários usuários crônicos dos benzodiazepínicos. Não há a necessidade de um esforço ativo neste ponto, já que os mesmos procuram espontaneamente o seu médico de saúde da família, uma vez que a renovação de uma nova prescrição se faz por receituário controlado.

Feita a identificação em consulta passamos imediatamente ao passo seguinte que é identificar as causas do uso crônico e ao mesmo tempo esclarecer os malefícios a médio-longo prazo do seu uso indiscriminado. Este é o ponto crucial no qual “fisgamos” o usuário com a proposta de retirada, a qual depende em grande medida da atitude e disposição do profissional médico em informar-lo sobre essas medicações, escutando suas dúvidas e indagações sobre o assunto com paciência e empatia. Notamos que muitos usuários já tinham uma forte pré-disposição em abandonar o uso crônico que vinham fazendo dos benzodiazepínicos, mas estes se queixam de que seus médicos nunca questionam o motivo do uso contínuo ou mesmo os informam dos seus potenciais malefícios.

Por fim é feita uma proposta terapêutica para a redução e acompanhamento clínico até a retirada destas substâncias. Exceto em alguns casos específicos mais rápidos e alguns que podem demandar anos, o processo de retirada em geral costuma levar alguns meses (1-6 meses em média), com variação de acordo com o caso clínico e a resposta individual. Um maior grau de sucesso e rapidez de retirada é alcançado quando se trata a condição de base relativa a saúde mental do usuário a qual está sendo ignorada ou subtratada. Dessa forma outros psicotrópicos e hipnóticos são frequentemente adicionados nessas condições. Nunca é demais ressaltar que o sucesso desse processo de retirada depende em grande parte do estabelecimento de uma relação adequada de confiança e empatia entre o médico e o usuário.

Esta intervenção pretende mostrar, que é possível sim realizar a descontinuação do uso dessas medicações por usuários crônicos. Frequentemente é comum ouvir entre os próprios profissionais médicos que a retirada de benzodiazepínicos é algo muito difícil e até quase impossível. Queremos aqui provar que essa não é necessariamente uma realidade imutável ou uma sentença inapelável. Sendo perfeitamente operacionalizável pelo médico de Família e Comunidade da AB e em outros diversos níveis de complexidade e especialidades. Dependendo em grande parte da iniciativa da própria classe médica em se dispor a realizar a contento tal intervenção.

De fato, ao longo deste ano (2016) de aplicação e execução deste projeto até o início de fevereiro de 2017, já conseguimos alguns resultados bastante expressivos. Foram identificados ao todo 77 usuários crônicos de benzodiazepínicos em nossa área de atuação. Destes 38 conseguiram descontinuar com sucesso o uso dessas substâncias, o equivalente a quase 50% de taxa de sucesso. Outros 21 usuários deste total estão ainda em processo ativo de retirada. Quinze (15) usuários se provaram total ou fortemente resistentes a proposta de retirada, ou apresentavam-se em situação clínica atual que dificultava a descontinuação. Muitos destes são usuários crônicos com mais de 10 anos de uso. Dois usuários retiraram, mas sofreram recaída e reincidiram no uso. E um usuário faleceu.

Por fim, tal intervenção poderá lançar luzes futuras para o estabelecimento de protocolos mais adequados para a retirada e/ou substituição dessas substâncias que sejam mais eficazes em promover sua descontinuação. Sempre no menor tempo possível. Não há nenhum parâmetro clínico que possa justificar ser o Brasil o país de maior consumo de benzodiazepínicos no mundo. Se somos os maiores consumidores é porque somos também os maiores prescritores do mundo. Essa realidade pode e deve mudar.

Referências

- ASTHON, H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 18, p. 249–255, 2004. Citado 3 vezes nas páginas 10, 11 e 12.
- AUCHEWSKIA, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos 2004. *Rev Brasil Psiquiatr*, v. 26, n. 1, p. 24–31, 2004. Citado na página 12.
- BARKER, M. J. et al. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: A meta-analysis. *CNS Drugs 2004*, v. 18, n. 1, p. 37–48, 2004. Citado na página 11.
- BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. D. C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no sus: Desafios e possibilidades. *Rev. bras. Saúde ocup.*, v. 36, n. 123, p. 103–117, 2011. Citado na página 21.
- BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C. de; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, p. 87–95, 2010. Citado na página 20.
- BRASIL. Política nacional de atenção básica. Departamento de Atenção Básica - Ministério da Saúde, Brasília, n. 01, 2012. Citado na página 12.
- GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no brasil: ContextualizaÇÃo e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 48–55, 2001. Citado na página 21.
- KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 30, p. 54–64, 2008. Citado na página 18.
- KUPFER, D. J. et al. *MANUAL DIAGNOSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: Dsm-v*. Porto Alegre/RS: Artmed, 2013. Citado na página 17.
- MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. de. A prática profissional nos centros de atenção psicossocial ii (caps ii), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de santa catarina. *Saúde em Debate*, v. 36, n. 95, p. 583–594, 2012. Citado na página 22.
- MORAES, R. S. M. de. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados na população adulta de florianópolis. Florianópolis, n. 124, 2010. Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. Citado na página 19.
- MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: National Academic Press, 1994. Citado na página 19.
- NORDON, D. G.; HÜBNER, C. von K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Diagn Tratamento*, v. 14, n. 2, p. 66–69, 2009. Citado na página 10.
- PÉTURSSON, H. The benzodiazepine withdrawal syndrome. *Addiction*, v. 89, n. 11, p. 1455–1459, 1994. Citado na página 11.

- RITTER, J. M.; FLOWER, R. J.; ANDERSON, G. Fármacos ansiolíticos e hipnóticos. In: HANGE, H. P. et al. (Ed.). *Farmacologia*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 531–539. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 18.
- ROONEY, A. *A História da Medicina: Das primeiras curas aos milagres da medicina moderna*. São Paulo: M. Books, 2012. Citado na página 17.
- SANTOS Élem Guimarães dos; SIQUEIRA, M. M. de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira:: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr*, v. 59, n. 3, p. 238–246, 2010. Citado na página 18.
- SAXENA, S. *Mental Health Atlas 2014*. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf>. Acesso em: 28 Jan. 2017. Citado na página 21.
- STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders:: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, p. 476–496, 2014. Citado na página 18.
- STEIN, D. J. What is a mental disorder?: A perspective from cognitive–affective science. *The Canadian Journal of Psychiatry*, v. 58, n. 12, p. 656–662, 2013. Citado na página 17.
- WAGNER, A. K.; WALKER, A. M. Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly: Who is at greatest risk? *ARCH INTERN MED*, v. 163, p. 1567–1572, 2004. Citado na página 11.
- ZITMAN, F. G.; COUVÉE, J. E. Chronic benzodiazepine use in general practice patients with depression: An evaluation of controlled treatment and taper-off. *British Journal of Psychiatry*, v. 178, p. 317–324, 2001. Citado na página 12.