

AÇÕES DE INTERVENÇÃO PARA USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM USUÁRIOS COM DOENÇA MENTAL ATENDIDOS EM UMA UBS NO MUNICÍPIO DE CAROLINA-MA

INTERVENTION ACTIONS TO CHRONIC USERS OF BENZODIAZEPINICS IN A UBS IN THE MUNICIPALITY OF CAROLINA-MA

Antonio Mariano Rios de Siqueira¹

Zulmira de Sousa Martins²

1-Autor-correspondente: Médico. Pós-graduando em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como Médico da Estratégia de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde em Carolina no Maranhão. E-mail: a.marianorios@gmail.com

2-Orientadora. Médica com Residência Médica em Infectologia pela Universidade Federal do Piauí.

Resumo

Introdução: A utilização de benzodiazepínicos (BZD) de forma incorreta e muitas vezes indevida pela população do interior do Maranhão, tem se tornado uma constante. Situação essa que gera uma serie de consequências para essa população. **Objetivo:** Melhorar as ações de intervenção e educação a pacientes em uso indiscriminado de benzodiazepínicos na Unidade Básica de Saúde José Queiroz em Carolina no Maranhão. **Metodologia:** Realizou-se pesquisa bibliográfica na internet, consultando artigos em bancos de dados, livros e revistas científicas, sobre o tema para construção de uma base bibliográfica, e posteriormente, elaborou-se um plano operativo. **Conclusão:** A falta de informação e da percepção das consequências deletérias do uso crônico dos benzodiazepínicos, são fatores primordiais para a manutenção do uso das mesmas, mostrando dessa forma, como ações de educação em saúde podem ser efetivas frente a problemas diários das APS.

Descritores: Benzodiazepínicos, abuso; uso indiscriminado.

Abstract

Introduction: The use of benzodiazepines (BZD) incorrectly and often improperly by the population of the inland of Maranhão, has become a constant. A situation that generates a series of consequences for this population. **Objective:** To improve intervention and education actions for patients on indiscriminate use of benzodiazepines at the José Queiroz Basic Health Unit in Carolina, Maranhão. **Methodology:** Bibliographic research was carried out on the internet, consulting articles in databases, books and scientific journals, on the topic for the construction of a bibliographic base, and subsequently, an operational plan was elaborated. **Conclusion:** The lack of information and the perception of the deleterious consequences of the chronic use of benzodiazepines are essential factors for maintaining their use, thus showing how health education actions can be effective in the face of daily PHC problems.

Descriptors: Benzodiazepines, abuse; indiscriminate use.

INTRODUÇÃO

O município de Carolina - MA, é uma cidade de pequeno porte, situada no sul do Maranhão, que faz divisa com o estado do Tocantins, e é banhada pelas águas do rio que leva o mesmo nome do estado vizinho. Segundo dados do IBGE em 2019, conta

com uma população de 24.322 pessoas e uma área total estimada do município de 6.441,603 km², tendo hoje no turismo, sua principal atividade comercial.

O município conta com 10 UBS que abrange área urbana e rural, além do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e um hospital municipal de pequeno porte, de forma a democratizar o acesso a saúde da forma mais eficiente possível, com os recursos disponíveis. Ação que já demonstra resultado na prática. O município apresenta-se como importante foco de endemia de determinadas patologias, como hanseníase, dengue, tuberculose, leishmaniose, com programas de acompanhamento para o tratamento e seguimento das populações alvo destas patologias, que realizam acompanhamento na APS do município e nas redes de atenção secundárias, sendo nossa referência o município de Imperatriz - MA.

Considerando a prática clínica na atenção básica, a motivação para a realização desde projeto de intervenção se deu a partir das consultas médicas realizadas na UBS José Queiroz, aonde constatou-se de um grande número de pacientes procurando consultas médicas para renovação de receitas por fazer uso crônico de benzodiazepínicos. Na grande maioria das vezes, sem uma indicação precisa, sendo essas drogas prescritas muitas vezes em serviços de urgência/emergência por tempo prolongado e em monoterapia para tratamento de transtornos depressivos leves, ansiedade e insônia, sem o devido acompanhamento médico.

O presente PI justifica-se então, na captação e na busca destes pacientes que já fazem uso crônico e os que estão em uso recente de benzodiazepínicos, oferecendo alternativas para desmame.

METODOLOGIA

O presente trabalho se deu por uma fundamentação teórica realizada através de revisão narrativa, visando a construção e a implementação do projeto de intervenção e redução do uso indiscriminado de BZD na comunidade atendida na UBS Jose Queiroz em Carolina – MA.

A revisão narrativa foi realizada com os seguintes critérios de inclusão: Publicações em português. Utilizando como palavras chave: Uso de benzodiazepínicos, benzodiazepínicos uso crônico, benzodiazepínicos uso indiscriminado. Foram utilizadas como base de dados: Scielo (Scientific Eletronic Library Online); BVS (Biblioteca virtual em saúde); Google Scholar.

PLANO OPERACIONAL

Objetivos geral: Melhorar as ações de intervenção e educação a pacientes em uso indiscriminado de benzodiazepínicos na UBS Jose Queiroz.

QUADRO 1: PLANO OPERATIVO:

Situação problema	Objetivos específicos	Metas e Prazos	Ações / estratégias	Responsáveis.
-------------------	-----------------------	----------------	---------------------	---------------

<p>Uso crônico e indiscriminado de BZD.</p>	<p>Identificar os pacientes em uso de BZD para tratamento de doença mental.</p>	<p>Identificar os pacientes em uso crônico de BZD - 3 meses.</p>	<p>Captar através de consultas médicas, e busca ativa pacientes em uso crônico ou recente de BZD.</p>	<p>Médicos. Enfermeiros. Agentes comunitários de saúde.</p>
	<p>Estabelecer Parceria com o serviço de saúde mental do município.</p>	<p>Estabelecer Parceria com o serviço de saúde mental do município - 3 meses.</p>	<p>Anamnese psiquiátrica, para definir a causa base do uso de BZD por essa população. Fixar protocolos de conduta e referência/contrarreferência com o serviço de saúde mental.</p>	<p>Médicos. Enfermeiros. Especialistas.</p>
	<p>Introduzir alternativas terapêuticas para descontinuação do uso indevido de BZD.</p>	<p>Aplicação dos protocolos estabelecidos nos pacientes acompanhados – 7 meses.</p>	<p>Consultas médicas aonde será orientado o desmame progressivo dos BZD juntamente com aplicação de alternativas terapêuticas.</p>	<p>Médicos. Enfermeiros.</p>
	<p>Realizações de ações individuais e coletivas, para promoção de hábitos de vida saudáveis.</p>	<p>Ações continuadas de educação no âmbito de saúde mental. - 7 meses.</p>	<p>realização de grupos de educação em saúde mental, com palestras, atividades lúdicas e etc.</p>	<p>Médicos. Enfermeiros.</p>
	<p>Agendar atendimentos continuados na UBS.</p>	<p>Realização de cuidado continuado com os pacientes atendidos no presente PI. - 12 meses.</p>	<p>Cuidado continuado com os pacientes através de consultas na APS.</p>	<p>Médicos. Enfermeiros.</p>

			Realização de relatório com resultados do PI.	
--	--	--	---	--

DISCUSSÃO

ATENÇÃO PRIMARIA E A SAÚDE MENTAL.

A constituição brasileira de 1988 em seu artigo 1º afirma que saúde é um direito de todos e dever do Estado, e deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços. (BRASIL, 1991) Diante disso, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), modelo de assistência à saúde regido pelos princípios de hierarquização, regionalização, resolutividade, controle social, descentralização e complementariedade do setor privado. (SILVA, 2015)

Em 1994, o Ministério da saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), com os objetivos de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, e substituir os modelos tradicionais, visando melhorar a qualidade de vida da população. Essa estratégia prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de maneira integral e contínua. (FORSAN, 2011)

Outro marco na saúde brasileira foi a Política de Saúde Mental conquistada a partir da luta iniciada na década de 1980, a qual buscava mudar a realidade dos manicômios que abrigavam milhares de pessoas com transtornos mentais. Países europeus serviram como modelos para construção dessa nova política, pois já atuavam na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários e inserção dessas pessoas na sociedade. Tudo isso foi concretizado no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica e por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial. (BRASIL, 2013)

Ainda na década de 1980, iniciou um processo de desinstitucionalização de moradores de manicômios fechando hospitais psiquiátricos e criando serviços substitutivos, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. Dessa forma, as Unidades Básicas de Saúde também foram incluídas nessa rede comunitária de assistência em saúde mental. (BRASIL, 2013)

Entendendo-se assim, que a Atenção Primária a Saúde (APS), deva garantir cuidados continuados aos pacientes em saúde mental, sendo manejados com recursos locais e buscando sempre o manejo compartilhado com os CAPS e a referência em saúde mental.

OS BENZODIAZEPÍNICOS

O uso de remédios que alteram a química cerebral cresce a galope, o Rivotril foi o medicamento mais prescrito no Brasil entre 2013 e 2014, estima-se que 1,6% da população adulta é usuária crônica de benzodiazepínicos principalmente usuários do sexo feminino. Os benzodiazepínicos, disponíveis desde 1960, são a terceira classe de drogas mais prescritas no Brasil, sendo utilizados aproximadamente por 4% da população. A vigilância sanitária no Brasil controla sua dispensação através da portaria

SVS/MS 344, de 12 de maio de 1998, mas ainda são utilizados de forma incorreta e ilegal. (KEDOUK, 2016)

No Brasil, uma pesquisa feita em 2001 em 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, constatou que os benzodiazepínicos foram a terceira substância mais utilizada pelos 8.589 entrevistados. Um estudo populacional com 1.606 participantes do município de Bambuí (Minas Gerais) observou a frequência de uso destes medicamentos em aproximadamente 22% dos indivíduos com média de idade de 69 anos, e predomínio de uso de benzodiazepínicos por mais que 12 meses e dos de longa ação. (NALOTO et al, 2016)

Suas cinco atividades clínicas principais são: sedativo, ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular, sendo mais usado como hipnóticos e ansiolíticos. (FIRMINO, 2012) Como essa classe medicamentosa apresenta eficácia terapêutica, baixo risco de intoxicação, efeito tranquilizante e preço acessível, os pacientes passaram a utilizá-la de maneira abusiva nas últimas décadas, principalmente no combate à insônia. (NALOTO et al, 2016)

Os benzodiazepínicos conseguiram justamente se popularizar por terem efeitos ansiolíticos com baixo risco de morte, quando comparados aos barbitúricos. Talvez por isso, ocupam um lugar particularmente importante no imaginário popular e, em algumas práticas crônicas dos serviços de saúde, podem funcionar como um escape para a impotência do profissional diante das queixas e sintomas subjetivos dos pacientes, sem um equivalente orgânico. Lamentavelmente, esta prática produz a medicalização de problemas pessoais, sociofamiliares e profissionais, para os quais o paciente não encontra solução e acaba por acreditar na potência mágica dos medicamentos. O uso continuado provoca fenômenos de tolerância e a dependência a medicação. (BRASIL, 2013)

Na Prática em consulta na UBS José Queiroz, foram identificadas como medicações as quais as solicitações para renovação são mais frequentes o Clonazepam, Diazepam, Alprazolam e Bromazepam.

USO CRÔNICO E EFEITOS COLATERAIS

O uso prolongado dos benzodiazepínicos podem causar efeitos colaterais leves como sonolência diurna, e mais graves como perda da memória e da função cognitiva e desequilíbrio. Os benzodiazepínicos devem ser usados durante 2 a 4 meses, não devendo exceder este período, pois o paciente fica dependente da sua ação e a dosagem se torna insuficiente, tendo em muitas vezes, que dobrar a quantidade do medicamento. (FACUNDO, 2017)

Pode haver hipotonia muscular, dificuldade grande para ficar de pé e andar, hipotensão, perda da consciência (desmaio), com doses maiores podendo a pessoa chegar a entrar em coma. O principal efeito colateral dos ansiolíticos BZD é a sedação e a sonolência, variável de indivíduo para indivíduo e de acordo com a dose do medicamento. Um aumento da pressão intraocular teoricamente pode ocorrer, mas, na clínica, trata-se de raríssima observação. (FORSAN, 2011)

Em alguns casos, de fato, observamos sintomas de abstinência. Estes ocorrem, predominantemente, com Clonazepam e Lorazepam. Quando ocorre a síndrome de abstinência ao BZD, esta tem início cerca de 48 horas após a interrupção da droga e os

sintomas correspondem a ansiedade acentuada, tremores, visão turva, palpitações, confusão mental e hipersensibilidade a estímulos externos. (FORSAN, 2011)

Em si, quando bem indicados, os benzodiazepínicos podem se configurar como ferramentas úteis e confiáveis como indutor de sono em situações de adaptação a estresse, por exemplo. Mas é preciso ter o máximo cuidado na hora de iniciar o uso dessas medicações, colocando sempre um prazo limite de algumas semanas, negociando com o usuário a redução gradual. É fundamental considerar que, para o manejo de longo prazo para queixas crônicas de “ansiedade”, é mais interessante incluir alguma medicação “antidepressiva” (amitriptilina, fluoxetina etc.). Vale a pena esgotar as opções destes “antidepressivos” (substâncias e doses) e resguardar ao máximo o uso dos benzodiazepínicos. (BRASIL, 2013)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de informação das consequências do uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos é a grande vilã de toda questão. Tem como responsáveis, tantos médicos que por muitas vezes simplesmente renovam a receita do paciente sem uma investigação prévia, como pacientes, que muitas vezes, se negam a abrir mão do medicamento mágico que ajuda a mascarar os problemas. Dessa forma, são necessárias intervenções não apenas no sentido de controlar as medicações, mas ofertar educação continuada aos profissionais da APS, e sempre orientar os pacientes sobre os reais riscos do uso prolongado dessas medicações.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 5 de outubro de 1988. São Paulo: Editora Atlas; 1991.
2. SILVA, R. F. **Projeto de Intervenção: Desmame de benzodiazepínicos em usuários crônicos na Estratégia de Saúde da Família de Pedra Azul/ES**. [Trabalho de conclusão de curso]: Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.
3. FORSAN, MA. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. [Trabalho de Conclusão de Curso]: Campos Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
4. BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília. n34. 2013. p. 173.
5. KEDOUK, M. **Tarja preta**. 1.ed. São Paulo: Abril, 2016.
6. NALOTO DCC, Lopes FC, Filho SB, Lopes LC, Fiol FSD, Bergamaschi CC et al. **Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1267-1276, abr. 2016. [cited 2020 dez 12] Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401267&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 dez. 2020.
7. FIRMINO KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS et al . **Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 157-166, Jan. 2012. [cited 2020 dez 12] Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100018&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Dec. 2020.

8. FACUNDO RDS. **Uso indiscriminado de Benzodiazepínicos: Alternativas Terapêuticas na Atenção Primária em Saúde.** [Trabalho de conclusão de curso]:São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); 2017.