



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

DANIEL AUGUSTO RODRIGUES VALERIO

COMBATE AO USO INADVERTIDO DE BENZODIAZEPÍNICOS.

SÃO PAULO
2018

DANIEL AUGUSTO RODRIGUES VALERIO

COMBATE AO USO INADVERTIDO DE BENZODIAZEPÍNICOS.

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: LUCILA BRANDÃO HIROOKA

SÃO PAULO
2018

Resumo

A elevada prevalência do uso inadvertido de medicações da classe dos benzodiazepínicos leva a graves conseqüências à saúde e ao bem estar da população. Efeitos colaterais como diminuição da atividade psicomotora, prejuízo na memória, no sono, desinibição paradoxal, déficit cognitivo são muito comuns, bem como as relevantes complicações: tolerância, dependência e síndrome de abstinência. Em vista disso, almeja-se levantar os motivos que perpetuam esse uso inadvertido e atuar sobre essas razões para retirar essas medicações dos pacientes que não se beneficiam delas. Para isso, vamos rastrear os pacientes que fazem uso desse tipo de medicação da ESF Vila Ema - São Vicente/SP e esclarecer o diagnóstico, indicação, tempo de uso, efeitos colaterais e intercorrências relacionadas; para então selecionar aqueles que devem ter seguimento para a retirada da medicação da maneira correta, com o suporte clínico e psicológico que se fizerem necessário caso-a-caso.

Palavra-chave

Dependência Química. Intoxicação. Medicamento. Saúde Mental. Adesão ao Tratamento. benzodiazepínicos

Introdução

Benzodiazepínicos (BZDs) são uma classe de substâncias químicas que ganharam destaque no meio científico na década de 50. Surgiram como uma possível alternativa à classe dos barbitúricos cujo uso disseminado na época provocava tolerância, dependência e uma síndrome de abstinência semelhante àquela causada pelo álcool em dependentes químicos do mesmo (BERNIK et al. 1990). Devem seu nome à sua estrutura molecular, constituída por um anel benzeno, foram sintetizados por Leo H. Sternbach na metade do século passado, que observou um efeito anticonvulsivante e de controle da agressividade em animais de laboratório. Foi classificado na época como uma substância de baixa toxicidade e, portanto, segura. No início da década de 60 o primeiro medicamento benzodiazepínico - o clordiazepóxido - foi lançado ao mercado e pouco a pouco substituído por novas moléculas benzodiazepínicas mais modernas, as quais durante uma ou duas décadas foram prescritas indiscriminadamente por se acreditar que não teria os mesmos efeitos deletérios dos barbitúricos. Contudo, essa expansão do uso gerou dados relevantes que revelaram os benzodiazepínicos serem uma classe ainda mais perigosa que os barbitúricos no sentido de causar dependência, tolerância e efeitos equivalentes à síndrome de abstinência alcoólica (BERNIK et al. 1990).

Assim, a empolgação inicial com a descoberta deu lugar à preocupação quando os primeiros pesquisadores alertaram, no final de década de 70 e 80, para os riscos de dependência, sintomas de abstinência e potencial abuso; contudo a grande prescrição destes fármacos nesse período os conduziu ao "status" de medicamentos mais prescritos mundialmente. Em vista disso, nos anos 90 começou um processo de mudança no padrão de prescrição, especialmente para pacientes com transtornos mentais (transtornos ansiosos e depressivos), que passaram a ser preferencialmente medicados com antidepressivos com melhor perfil de efeitos colaterais (especialmente inibidores seletivos de receptação de serotonina), e a utilização dos BZDs passou a ser restringida ao período de início dos efeitos ansiolíticos e/ou antidepressivos dos agentes antidepressivos. Assim, tal associação concentra-se no primeiro mês e, a partir daí, dá-se uma retirada gradual, porém rápida do BZD em uma ou duas semanas (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2013).

Nesse cenário observa-se cotidianamente situações totalmente exdrúxulas, como o fato de o grupo que faz uso mais frequentemente dessas medicações é o da população idosa, o que causa maior risco de queda e de comprometimento cognitivo, justamente dois fatores que mais comprometem a saúde do idoso. Ou, por exemplo, os relatos de usuários crônicos sobre a facilidade em adquirir a prescrição dessas medicações somente dizendo que faz uso prévio, mesmo sem definição da indicação terapêutica, perpetuando o problema.

Por conseguinte, o momento atual é de revisão e readequação quanto às potencialidades e aos limites destas medicações. São de considerável eficácia tanto no controle da ansiedade, como co-adjuvantes na farmacoterapia de diversos transtornos psiquiátricos como Transtornos de Ansiedade, Psicóticos, do Sono, na Depressão, na Mania, e na Síndrome de Abstinência Alcoólica, Cocaína e de outras drogas psicotrópicas. Como podem produzir tolerância e dependência, sua aplicação deve ser bastante criteriosa. É preciso treinamento adequado para melhor reconhecimento dos casos em que: 1) o uso do BZD não está bem indicado; 2) o paciente faz uso não-médico dos BZDs (especialmente por meio de auto-diagnóstico e auto-medicação) e, finalmente, 3) pacientes que apresentam quadros de Síndrome de Dependência de Benzodiazepínicos. E que há populações que apresentam risco

especial para desenvolvimento de dependência destas drogas. Entre estas, citam-se: 1. Pacientes com transtornos mentais 2. Pessoas com problemas por uso de outras substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas; 3. Mulheres acima de 50 anos 4. Pessoas com insônia ou outros transtornos do sono mal identificados e tratados (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2013)

Temos hoje, então, uma "pandemia" do uso, abuso e dependência química a benzodiazepínicos. E nesse cenário a correta indicação, manejo e seguimento médico são deturpados por diversos fatores. E o tratamento para retirar o uso contínuo dessas medicações nos casos em que não deveriam estar sendo utilizada, tornou-se um desafio à classe médica atual. Por conseguinte, é relevante uma intervenção no sentido de detectar esses pacientes, e realizar um seguimento próximo com ativa atuação da equipe da ESF, do NASF e, se possível, aliado ao CAPS para a libertação dessas pessoas dos efeitos colaterais e deletérios do benzodiazepínico.

Objetivos (Geral e Específicos)

Objetivo Geral

Detectar os pacientes em uso inadequado de medicações benzodiazepínicas para realização do tratamento e suspensão do uso contínuo dessas substâncias.

Objetivos Específicos

- * revisar dentre os pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos quais possuem indicação correta e aqueles que fazem uso inadvertido.
- * orientar os pacientes sobre os prejuízos causados pelo uso desnecessário dessas drogas.
- * tratar o uso inadvertido com terapia, técnicas comportamentais e medicamentos.
- * encaminhar ao psiquiatra e/ou ao psicólogo os casos refratários ou resilientes.

Método

O projeto de intervenção será realizado na Unidade ESF Vila Ema, do bairro Vila Ema em São Vicente - SP. Sua realização contará com a participação da equipe da ESF Vila Ema (médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários), com a coordenação do Núcleo de Educação Permanente, e se necessário com apoio do NASF (psicólogo) e de psiquiatras da rede.

Por meio de uma revisão de prontuários e uma busca ativa com o auxílio dos agentes comunitários de saúde, vamos revisar dentre os pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos, aqueles que possuem indicação correta e aqueles que fazem uso inadvertido. Ao selecionar esses pacientes vamos orientar os pacientes sobre os prejuízos causados pelo uso desnecessário dessas drogas a curto, médio e longo prazo. E propor um projeto terapêutico singular para tratamento tanto do abuso dessas medicações benzodiazepínicas, quanto para casos de uso inadvertido/dependência química. Para isso um correto esquema terapêutico para a retirada desses fármacos será elaborado visando o mínimo de efeitos colaterais possíveis, bem como o uso de técnicas comportamentais e psicoterapia. Casos de difícil adesão, resilientes ou com efeitos colaterais excessivos serão acompanhados com o apoio do psicólogo do NASF e do psiquiatra da rede no CAPS.

As diretrizes da Associação Médica Brasileira (2013) apontam que o melhor método para tratamento da Síndrome de Dependência de BZDs é a retirada gradual. Inicia-se com a motivação do paciente, feita por meio de um processo firme e empático, sendo recomendável estabelecer um cronograma de retirada, com informações por escrito. Este cronograma deve respeitar o tempo de uso, comorbidades psiquiátricas e a avaliação da motivação do paciente. Geralmente a retirada da primeira metade da droga é mais fácil que a retirada da porção final. Assim, em média, é possível retirar os 50% iniciais em um intervalo de 15 a 30 dias, realizando a retirada dos 50% finais de modo mais paulatino que pode durar até seis meses. Não só orientações e psicoterapia em grupo podem ser úteis na motivação do paciente, como também processos de psicoeducação e psicoterapia podem ser recomendáveis, a depender da análise apurada de cada caso. Alguns casos especiais e possibilidades de manejo merecem destaque: quando o paciente é dependente de um BZD de meia-vida muito curta ou em abuso de grande quantidade de comprimidos, há indicação de substituição por BZD de meia-vida longa em uma passagem gradual de um período de uma a duas semanas. Outra situação é que a redução gradual auxiliada por 50mg diária de hidroxizina. Outra opção farmacológica é a redução gradual acompanhada de carbamazepina, mas que por se tratar de medicamento com muitas interações medicamentosas e efeitos colaterais, bem como exigir a realização de exames de função hepática e hemogramas de controle, esta alternativa deve ser guardada para ineficácia de outras situações.

Ademais, o monitoramento do tratamento será feito durante todo o período estipulado para essa redução gradual que costuma levar de 1 a 6 meses, mas evidentemente podendo ser estendido para o prazo que se fizer necessário caso a caso. Consultas periódicas mensais ou com frequência maior mediante a orientação de demanda espontânea com encaixes que se fizerem necessários com o apoio da equipe de enfermagem no acolhimento. Além disso, esses pacientes serão incluídos em um grupo de pacientes que frequentemente apresentam sintomas ansiosos e/ou transtornos somatoformes-conversivos, no qual realizarão atividades tanto para reduzir os sintomas ansiosos, quanto para promover "insights" que tornem cientes

de que muitos sintomas físicos podem ser decorrentes de perturbações do humor.

Resultados Esperados

O principal objetivo a ser alcançado neste presente projeto de intervenção é que todos, ou ao menos uma parcela significativa dos pacientes em uso inadvertido de benzodiazepínicos, tenham sua medicação suspensa em até 6 meses através de um adequado esquema terapêutico de redução gradual da medicação, na ausência ou, ao menos, na menor quantidade possível de efeitos colaterais. Outro objetivo a ser contemplado é a adesão dos pacientes ao grupo recém criado com o apoio do NASF de terapia comportamental para pacientes com sintomas ansiosos, e que a atividade desenvolvida nele promova uma redução nesses sintomas, bem como uma redução de queixas somatoformes-conversivas de maneira a aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida.

Por fim, outro resultado esperado é que o presente projeto de intervenção venha a servir de inspiração para outras equipes atuarem em suas comunidades com os mesmos objetivos. E nesse sentido é preciso a conscientização de toda equipe sobre a relevância de se intervir sobre o uso indiscriminado e incorreto dos benzodiazepínicos. Soma-se a isso a correta indicação clínica dos benzodiazepínicos por parte dos médicos da rede, bem como uma gestão mais adequada das receitas controladas de maneira a não emitir uma prescrição sem ter conhecimento pleno do diagnóstico, da indicação e do seguimento do paciente com o seu médico assistente.

Referências

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. *Abuso e dependência de benzodiazepínicos - Projeto diretrizes*. São Carlos do Pinhal, 2013. 39p.

BERNIK, M.A. et al. Benzodiazepínicos: padrões de uso, tolerância e dependência. *Arq. Neuro-Psiquiat.* 48(1):131-137, 1990.