



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CARLOS ANTONIO TEODORO ROSSIGNOLO

USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS NO MUNICÍPIO DE GENERAL
SALGADO, SÃO PAULO

SÃO PAULO
2020

CARLOS ANTONIO TEODORO ROSSIGNOLO

USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS NO MUNICÍPIO DE GENERAL
SALGADO, SÃO PAULO

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: EDIMEIA RIBEIRO ALVES VIEIRA

SÃO PAULO
2020

Resumo

Este estudo tem por objetivo analisar dados da literatura médica-científica em relação a um problema observado no dia a dia de trabalho na Unidade Básica de Saúde de General Salgado: o uso indiscriminado de benzodiazepínicos. Foi observado na Estratégia de Saúde da família muitos pacientes, com predomínio de mulheres idosas, com uso prolongado e indiscriminado dessas medicações para tratar insônia. Pacientes estes que, em um primeiro momento, são resistentes à descontinuação da medicação. Com isso, temos por objetivo com esse trabalho analisar, baseado em evidências, as informações a respeito da insônia e o uso dessas medicações para realizar o tratamento correto e melhorar a qualidade de vida desses pacientes, propondo uma descontinuação supervisionada e apoiada por uma equipe multidisciplinar, como por exemplo a terapia cognitivo comportamental.

Palavra-chave

Uso Indevido de Medicamentos. Insônia. Antidepressivos. Ansiolíticos. Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Abuso de Substâncias.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

General Salgado é uma cidade do interior do Estado de São Paulo, localizada a cerca de 547 km da capital. Possui 10.869 habitantes (IBGE, 2019), IDHM 0,747 (IBGE, 2010), índice de mortalidade infantil 8,20 (IBGE, 2017). Sua economia é baseada em agricultura, pecuária e indústria. Possui 3 unidades básicas de saúde, com 4 equipes do Programa de Saúde da Família, um cardiologista, um pediatra e um ginecologista. Também possui uma Santa Casa de Misericórdia com uma unidade de Pronto Atendimento.

Este projeto será desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde do bairro Milton Renda, José Rodrigues de Mendonça. Os atendimentos nessa unidade, em sua maioria, são em função de paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), *Diabetes Mellitus* (DM), lombalgia e insônia. A maior parte dos pacientes são do sexo feminino com mais de 60 anos. Pré-natal e puericultura não são muito realizados pois são absorvidos pelas especialidades presentes no Município.

Em relação às necessidades de saúde local, HAS e DM são bem desenvolvidos em relação ao controle dessas comorbidades, com maior dificuldade em adesão aos pacientes em relação as medidas não farmacológicas e ao uso correto das medicações. As lombalgias são acompanhadas com prescrição de sintomáticos, referenciadas ao serviço de ortopedia e seguidas no município com fisioterapia quando indicada. Já a insônia percebe-se ser negligenciada, com diagnóstico incorreto e prescrição indiscriminada de benzodiazepínicos, que acaba sendo usado cronicamente nesses pacientes.

Desta forma, a escolha do tema do projeto foca-se no Uso Indiscriminado de Benzodiazepínicos para tratamento de insônia crônica, sem outras medidas para melhorar o sono dos pacientes. Com esse uso crônico, podemos ver alguns problemas causados por essa classe de medicamentos nessa população como: tolerância, dependência e crise de abstinência quando a tentativa de descontinuação. Outro problema, principalmente em idosos (maiores usuários) é o risco de demência e queda.

Posto isso, podemos ver que o uso crônico é um problema de saúde pública e que está muito presente no nível da Atenção Básica, causando mais malefícios que benefícios à estes pacientes, mostrando-se necessário uma análise profunda dos dados científicos disponíveis para propormos o melhor tratamento e a melhor forma de descontinuação dessas medicações a estes pacientes.

ESTUDO DA LITERATURA

Segundo a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, a insônia pode ser definida como uma experiência subjetiva de sono inadequado, com dificuldade em iniciar ou na manutenção do sono, despertares precoces e “sono não reparador”, com repercussão no funcionamento sócio-ocupacional diurno. Esta é uma das perturbações do sono mais comuns, sendo uma das queixas principais dos pacientes que recorrem aos cuidados médicos.

Já o DSM-V define insônia segundo os seguintes critérios diagnósticos:

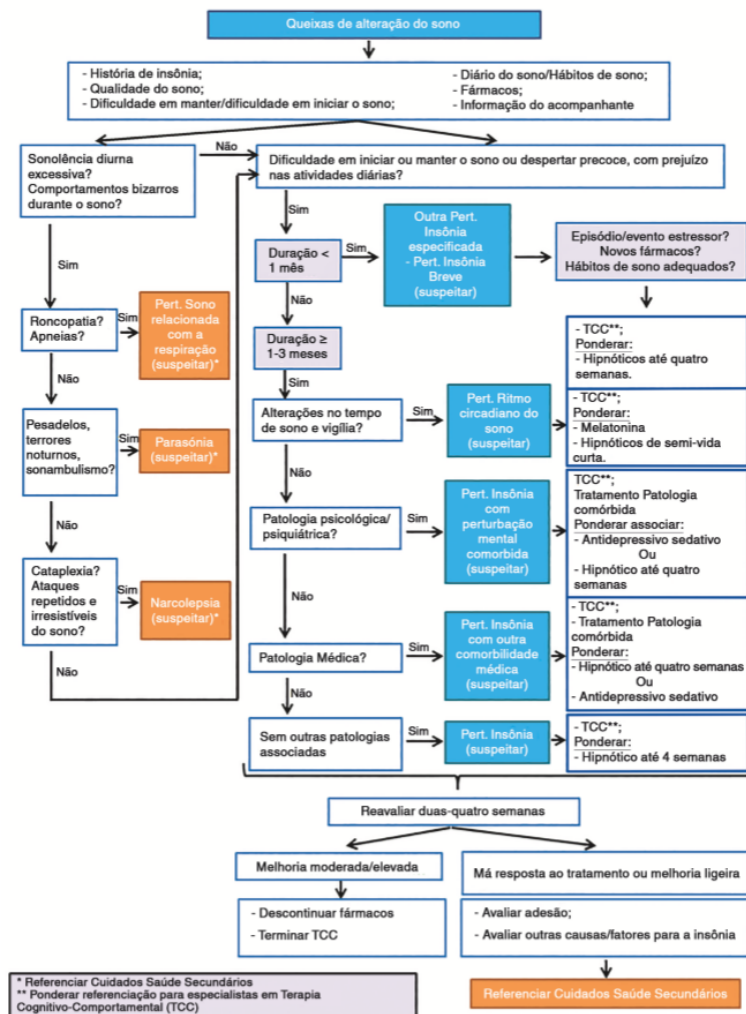
Queixas de insatisfação predominantes com a quantidade ou a qualidade do sono associadas a um (ou mais) dos seguintes sintomas: 1. Dificuldade para iniciar o sono (em crianças, pode se manifestar como dificuldade para iniciar o sono sem intervenção de cuidadores). 2. Dificuldade para manter o sono, que se caracteriza por despertares frequentes ou por problemas para retornar ao sono depois de cada despertar (em crianças, pode se manifestar como dificuldade para retornar ao sono sem intervenção de cuidadores). 3. Despertar antes do horário habitual com incapacidade de retornar ao sono.

- * A perturbação do sono causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional, educacional, acadêmico, comportamental ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- * As dificuldades relacionadas ao sono ocorrem pelo menos três noites por semana.
- * As dificuldades relacionadas ao sono permanecem durante pelo menos três meses.
- * As dificuldades relacionadas ao sono ocorrem a despeito de oportunidades adequadas para dormir.
- * A insônia não é mais bem explicada ou não ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno do sono-vigília (p. ex., narcolepsia, transtorno do sono relacionado à respiração, transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, parassonia).
- * A insônia não é atribuída aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex., abuso de drogas ilícitas, medicamentos).
- * A coexistência de transtornos mentais e de condições médicas não explica adequadamente a queixa predominante de insônia.

Assim, podemos ver que para realizar um diagnóstico correto de insônia, devemos excluir alguns transtornos orgânicos, psicológicos e medicamentosos para realizar o diagnóstico correto. Quando encontrado algumas dessas causas relacionadas, elas devem ser tratadas primeiro para corrigir a insônia e não apenas prescrever um benzodiazepínico como primeira linha de tratamento.

Também segundo a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, o tratamento da insônia deve seguir o seguinte fluxograma na Atenção Primária

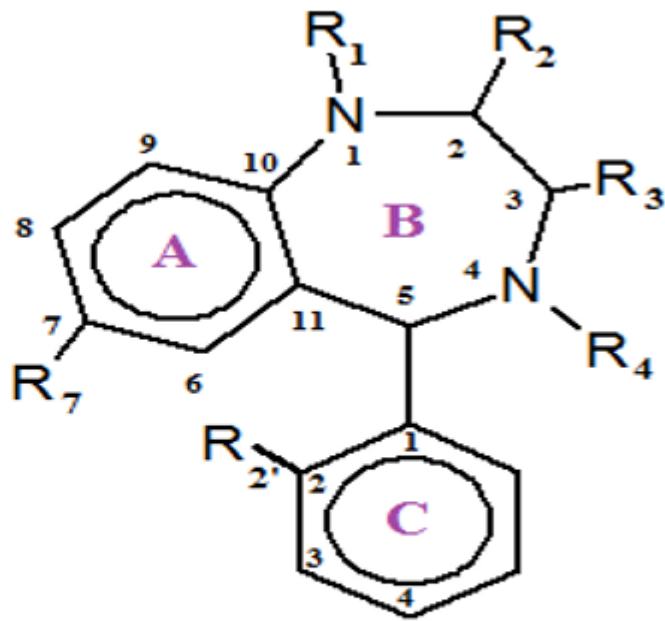
:



Podemos ver que segundo o Fluxograma, quando associado a outra causa, deve-se tratar a causa da insônia e associar a Terapia Cognitivo-Comportamental e somente se necessário, associar um sedativo/hipnótico, por um período de até 4 semanas, como por exemplo um benzodiazepínico.

Os benzodiazepínicos (BDZs) são a classe mais importante de ansiolíticos, usados para tratar estados de insônia e ansiedade. O primeiro fármaco a ser sintetizado foi o clordiazepóxio, em 1961 por Leo H. Sternbach, por acidente, e logo depois esta classe tornou-se a mais prescrita (RANG E DALE; 6ª ed.; 2007). São fármacos depressores do Sistema Nervoso Central (SNC) que possuem ação ansiolítica, sedativa, miorelaxante e anticonvulsivante (AMARAL; MACHADO, 2012). Eles vieram ao mercado para substituir os Barbitúricos, devido sua maior segurança dose-dependente.

Seu nome é devido à presença do anel benzeno fundido com um de sete membros de 1.4 diazepina, sendo necessário um substituinte eletronegativo na posição 7 (R7) para o exercício da atividade sedativo-hipnótica (AMARAL; MACHADO, 2012). Sua estrutura geral está exemplificada abaixo:



Fonte: SILVA, 2006

Eles atuam potencializando a ação inibitória de um neurotransmissor do Sistema Nervoso Central, o Ácido Gama Aminobutírico (GABA).

A escolha do medicamento para cada finalidade terapêutica está relacionada com as características farmacológicas de cada um, envolvendo processos de absorção, distribuição, metabolismo e excreção (MENDES, 2013). De acordo com Lacerda et al., (2004), a escolha do medicamento envolve ainda uma avaliação crítica do médico em relação a necessidade do paciente, com orientação clara da forma correta de uso, alertando sobre os possíveis efeitos colaterais. Como indutores do sono, os BDZs atuam reduzindo o tempo que se leva para dormir e aumentam a duração total do sono, porém esses efeitos tendem a cair quando esses medicamentos são usados por mais de duas semanas (RANG E DALE, 2007).

Em relação a algumas de suas características farmacológicas segue a tabela abaixo:

Fármacos	Meia-vida (horas)	Indicações
Alprazolam	12 +/- 2	Ansiedade
Clordiazepóxido	10 +/- 3,4	Ansiedade, abstinência alcoólica, pré medicação anestésica
Clonazepam	23 +/- 5	Convulsões, ansiolítico (mania aguda)
Diazepam	43 +/- 13	Ansiedade, crises epiléticas, relaxamento muscular
Flurazepam	74 +/- 24	Insônia
Lorazepam	14 +/- 5	Ansiedade, medicação pré- anestésica
Midazolam	1,9 +/- 0,6	Medicação pré- anestésica

Fonte: BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012, p.46

De acordo com Medeiros (2004), é crescente o consumo de benzodiazepínicos em todo o mundo, prevalecendo seu uso em mulheres, como tratamento dos estados de ansiedade e em idosos, como indutor do sono. Mesmo apresentando relativa segurança, os BDZs, assim como todo medicamento, apresentam efeitos colaterais, como sonolência, falta de memória, diminuição da atividade psicomotora, entre outros que são mais comuns em doses normais de uso, sendo necessária uma atenção maior com o uso de BDZs em idosos, pois estes estão mais susceptíveis aos efeitos colaterais devido as suas alterações fisiológicas (CONSTANTE, 2008).

De acordo com Constante (2008), os efeitos colaterais dos BDZs se apresentam em três situações diferentes:

- 1) Doses terapêuticas normais: sonolência, confusão mental, amnésia e falta de coordenação motora são os principais efeitos que se manifestam em doses terapêuticas normais, que afetam principalmente as habilidades manuais do indivíduo.
- 2) Superdose em: em casos de superdosagem aguda, os BDZs provocam sono prolongado, mas sem depressão grave da respiração, sendo este um dos fatores que os tornam menos perigosos que outros ansiolíticos.
- 3) Uso prolongado: o uso prolongado dos BDZs causa tolerância, sendo necessário ajuste de dose para eficácia terapêutica, e dependência, o que dificulta a retirada do medicamento.

Mais uma vez, chegamos a conclusão de que em uso prolongado, essas medicações podem causar tolerância, dependência e abstinência. Portanto devem ser usados somente por um curto período de tempo, quando ultrapassam períodos de 4 a 6 semanas.

Se prescritos, para melhorar a qualidade de vida e o sono do paciente de forma

momentânea, segundo Pinto (2013), a retirada dos BDZs gasta cerca de 6 a 8 semanas e deve passar pelas seguintes etapas:

1-Avaliação de sinais e sintomas de tolerância ou dependência

2-Iniciar desmame gradual da medicação

3-Redução de 25% da dose por semana, associando com algum antidepressivo, juntamente com acompanhamento psicossocial

4-Avaliação de sinais e sintomas de abstinência

5-Reavaliar o paciente, reconsiderando o diagnóstico com nova proposta terapêutica.

Também segundo a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, o tratamento da insônia pode ser dividido em Não Farmacológico e Farmacológico.

O tratamento não farmacológico inclui a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), a Higiene do Sono, o Controle de Estímulos, a Restrição do Sono, o Relaxamento, a Terapia Cognitiva, a Intenção Paradoxal, o Exercício Físico e a Acupuntura.

Terapia Cognitivo Comportamental: tem como base identificar pensamentos, crenças e atitudes disfuncionais que perpetuam ou precipitam a insônia e substituí-los por comportamentos e cognições mais adequadas. Tem eficácia comprovada no tratamento de insônia com ou sem comorbidade e é indicada como primeira linha no tratamento de insônia sem comorbidades.

Higiene do Sono: inclui um conjunto de hábitos comportamentais que facilitam o adormecer e a manutenção do sono, sendo um denominador comum em todas as intervenções terapêuticas utilizadas para as perturbações do sono.

Controle de Estímulos: seu objetivo é auxiliar o indivíduo a associar a cama apenas ao sono ou atividade sexual e não a sentimentos negativos (como o medo de não conseguir dormir).

Restrição do Sono: induz-se uma privação do sono temporária, reduzindo voluntariamente o tempo passado na cama até a um nível que o paciente não está habituado. Esta restrição não deve ser, contudo, inferior a 5-5,5h.

Relaxamento: sua base é reduzir a excitação fisiológica e psicológica, tendo valia no início do sono.

Terapia Cognitiva: substituir as crenças, atitudes disfuncionais, preocupações ou expectativas irrealistas sobre o sono que podem perpetuar a insônia, levando mesmo a um ciclo vicioso.

Intenção Paradoxal: tentativa de não adormecer e manter-se acordado o maior tempo possível. Isto faz com que o paciente relaxe e acabe por adormecer.

Exercício Físico: exercícios regulares, evitando-se sua realização 2 horas antes de dormir.

Acupuntura: está associada com a manutenção e eficiência do sono.

O tratamento farmacológico, com evidências sustentadas na literatura, incluem os fármacos hipnóticos: Benzodiazepinas e Agonistas dos Receptores das Benzodiazepinas (*Z-drugs*).

Os benzodiazepínicos e fármacos análogos têm indicação no tratamento da insônia quando os sintomas assumem caráter patológico, pelo que não devem ser utilizadas por rotina no tratamento sintomático de insônias leves a moderadas e por um tempo maior que duas a quatro semanas.

Segundo a Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Brasileira de Psiquiatria e a Associação Brasileira de Neurologia, o uso de benzodiazepínicos deve ser feito sob cuidados médicos e avaliado o custo benefício de tal prescrição, incluindo dose e tempo de uso. Deve-se evitar seu uso prolongado (mais de três meses), pois isto aumenta a possibilidade de tolerância e dependência, de acordo com predisposição genética, uso de outras medicações e álcool, além de características da personalidade.

Deve evitar seu uso acima de 8 semanas, pois uso por mais de 12 semanas é caracterizado como uso crônico. Quando em uso crônico, aumenta o risco de dependência e síndrome de abstinência após sua descontinuação. Em situação de dependência, recomenda-se redução gradual, num processo palatino que pode durar até seis meses, para se evitar a síndrome de dependência.

AÇÕES

Ao longo desse ano trabalhando nesta unidade e prescrevendo diariamente dezenas de renovações de receitas azuis de benzodiazepínicos, percebe-se a necessidade de informar a população sobre o que é, quais seus mecanismos de ação e qual o problema de seu uso a longo prazo. Necessita-se de uma educação tanto por parte da população em relação ao conhecimento da medicação a qual fazem uso, quanto da Equipe de Saúde da Família, desde os Agentes comunitários de Saúde (ACS) até o médico; para avaliar qual o real diagnóstico do paciente e os critérios de insônia, se possui ou não comorbidades e tratá-lo como um todo.

Em relação à minha equipe, observamos a necessidade de rever o diagnóstico de todos os pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos crônico (por mais de 12 semanas), para avaliar se a insônia tem alguma causa orgânica, psicológica ou farmacológica. Sendo assim, está em discussão a possibilidade de reservar um período de consultas somente para esses pacientes. Do mesmo modo que existe o Hipertensão, foi levantado batizar como "Manhã do Sono".

Após rever todos os diagnósticos desses pacientes, deverão ser enquadrados no fluxograma proposto pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade para tratamento da insônia. Entretanto, possivelmente o maior problema que será encontrado é o fato desses paciente terem desenvolvido crise de dependência e, quando proposto retirar medicação, sofrerem de crise de abstinência. Dessa forma deverão ser reavaliados frequentemente e a redução da dose ser de forma gradual, como proposto por (Pinto, 2013).

Todos esses pacientes devem realizar TCC em conjunto com o desmame dos BDZs. Além disso, casos mais complexos e de difícil manejo deverão ser encaminhados para a Atenção Secundária.

De início, serão feitos no município palestras com o intuito informativo em relação à insônia e ao uso crônico dos BDZs em locais estratégicos, como no Centro de Convivência do Idoso.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que com essas medidas haja uma conscientização tanto dos pacientes quanto da Equipe de Saúde da Família em relação à necessidade de um diagnóstico correto em relação à insônia, do tratamento de suas causas, da adoção de medidas não farmacológicas associadas, com total critério de prescrição, ao uso de hipnóticos por um período de não mais que quatro semanas.

Objetiva-se tirar essas medicações das rotineiras consultas para realizar a renovação de "medicações de uso contínuo" que são feitas diariamente. Conscientizar o paciente e trazê-lo para participante ativo desse processo de reeducação do sono e não de forma passiva, como vem sendo feito apenas com "prescrições azuis".

O sucesso desse projeto será reduzir a zero o número de usuários crônicos dessas medicações, principalmente idosos. Isso pode demorar mais do que os 6 meses recomendados para a descontinuação das medicações, visto que não haverá vagas suficientes e rápidas em Atenção Secundária, também não haverá absorção instantânea pelos pacientes na necessidade de mudar essa situação. Será necessário buscar com o Município a adoção de TCC para referenciar essas pessoas, o que não ocorrerá também prontamente.

Contudo, joga-se a fagulha e torce para que seja o início de um projeto de conscientização regional que possa se espalhar para outros cantos do Brasil.

REFERÊNCIAS

Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 462-472, 2015. USO DE BENZODIAZEPÍNICOS POR IDOSOS: sonolência diurna excessiva, instabilidade postural e adequação da prescrição na Estratégia de Saúde da Família

ABCS Health Sci. 2017; 42(1):40-44. A prescrição de benzodiazepínicos no Brasil: uma análise da literatura

Rev Saúde Pública 2014;48(6):866-872. Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos

SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde. EFEITOS COLATERAIS ATRIBUÍDOS AO USO INDEVIDO E PROLONGADO DE BENZODIAZEPÍNICOS

Ribeiro NF. Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-14. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1271](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1271)