



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

BRUNO HERCOS FONTES

INSÔNIA E O USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS

SÃO PAULO  
2020

BRUNO HERCOS FONTES

INSÔNIA E O USO INDISCRIMINADO 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: EDIMEIA RIBEIRO ALVES VIEIRA

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

A queixa de insônia aparece diariamente nos atendimentos da atenção primária. Tal queixa, na maioria dos casos, aparece associada a sintomas ansiosos, depressivos ou mistos. Atuando como sedativo, relaxante muscular, anticonvulsivante e hipnótico, os benzodiazepínicos tem seu papel importante nos mais diversos transtornos psiquiátricos e neurológicos. O presente trabalho visa propor uma reflexão sobre o uso dessas medicações, além de elaborar um projeto de saúde a ser colocado em prática na área de abrangência da Unidade Antônio Caetano de Souza, no município de Santa Adélia, estado de São Paulo. O alvo dessa trabalho são pacientes que se beneficiariam de outras terapias (medicamentosas ou não) para a insônia. Além de propor a retirada gradual dessa classe medicamentosa da terapia do paciente.

Seu uso agudo, em crises diversas, é de grande valia nos episódios de agitação, agressividade ou convulsões. Contudo, o uso crônico, principalmente em monoterapia nos casos de insônia não trata a causa base e não melhora o quadro de saúde mental e a qualidade de vida do paciente.

Essa reflexão é de extrema importância pois sabe-se que ano após ano a comercialização e uso desses medicamentos aumenta. Nosso país é um dos principais consumidores. A lista de efeitos colaterais não é curta. Gostaria de chamar atenção para os diversos casos em que o início do tratamento com essa classe medicamentosa deveria ter sido evitado. Sabendo que a queixa de insônia raramente se apresenta sozinha (é secundária a outra condição psiquiátrica ou clínica), pode-se perceber que tais casos podem (e devem) ser abordados com formas alternativas.

## **Palavra-chave**

Saúde Mental. Dependência Química. Insônia.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

O município onde o presente projeto de intervenção será aplicado tem cerca de quinze mil habitantes. Conta com cinco Unidades Básicas de Saúde(UBS) e seis Equipes de Estratégia da Saúde da Família. A população conta ainda com um hospital que atende as demandas de urgência ou emergência não resolvidas pelas UBS.

A área em questão é administrada pela Unidade Antônio Caetano de Souza, no bairro Jardim Paulista. Uma área de abrangência caracterizada por grande disparidade do ponto de vista socio-econômico e cultural. Boa parte da população tem acesso a planos de saúde. Quase a totalidade do território tem acesso a saneamento básico. Todavia, uma pequena área demarcada com cerca de duzentas pessoas carece do básico, trazendo à tona diferentes determinantes sociais de saúde.

A equipe da ESF, única da unidade, é composta por cinco agentes comunitárias de saúde; todas residem na área e conhecem bem o território. Conta ainda com uma enfermeira especialista em saúde da família, uma técnica de enfermagem, duas recepcionistas, uma faxineira e um médico. Não dispõe de farmácia, sala de vacinação e atendimento odontológicas.

Apesar da importante disparidade socio-econômica e cultural do território, a queixa de insônia é encontrada em todas as cinco microáreas e todas contam com Agente Comunitária de Saúde.

Recentemente, a equipe desempenhou um trabalho no qual o perfil da população foi traçado. Identificou-se o número de hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de dois anos, pacientes acamados, aqueles em uso de psicotrópicos, entre outros; temos agora a capacidade de propor abordagens específicas nas diferentes microáreas.

O que chama atenção nesses números é grande número de pacientes em uso de psicotrópicos. A área abrange duas mil e quinhentas pessoas. Dessas, quinhentas fazem uso de psicotrópicos. Provavelmente o número é maior, já que a compra de medicações controladas sem receita é comum no município.

Com as seguintes consultas que visam apenas renovação de receitas somado à possibilidade de revisão dos prontuários eletrônicos foi notado que dos quinhentos pacientes em uso de psicotrópicos, quatrocentos usam algum tipo de benzodiazepínico. Destes quatrocentos, trezentos e cinquenta são mulheres, tendo a maioria idade entre quarenta e sessenta anos.

Quando questionados sobre o motivo do uso, a resposta é quase sempre a mesma: "Sem esse remédio eu não durmo". Questionados sobre o tempo de uso, a resposta quase sempre é: "uso há muitos anos". É possível perceber um padrão. Essas pessoas não tem a instrução necessária para racionalizar sobre o problema que enfrentam, não tem o tratamento adequado para tratar seus transtornos e são pacientes dependentes químicos. A motivação do presente trabalho é contribuir para o uso racional dos psicotrópicos.

O uso dos benzodiazepínicos popularizou-se a partir da década de setenta. São fármacos mais seguros quando comparado aos barbitúricos disponíveis na época, apresentando efeitos depressores do sistema nervoso central menos intensos. A partir da década de noventa,

percebemos um aumento expressivo da prescrição e do uso crônico dessas medicações.

O uso crônico para tratamento de insônia como única abordagem terapêutica não soluciona o problema. Sabe-se que o uso seguro limita-se a doze semanas. Sua eficácia diminui após um mês de uso e está associado a aparecimento de efeitos colaterais, como: quedas, acidentes automotivos, sonolência diurna, incoordenação de movimentos e de marcha, perda do equilíbrio, queixas de esquecimento, pensamento lentificado, dificuldade de concentração, entre outros efeitos deletérios. Tais efeitos são mais intensos na população idosa; população essa que não raramente fez ou faz uso dessas substâncias. Importante citar o uso sem prescrição médica ou qualquer critério que o justifique. Tal fato é um problema de saúde pública. Pacientes compram benzodiazepínicos sem consulta médica prévia (sem receituário). Vizinhos ou parentes fornecem comprimidos ou gotas dessas medicações com intuito de ajudar, sem saber o prejuízo que podem estar causando.

Ao refletir sobre o motivo pelo qual os pacientes procuram o alívio físico e psíquico sequente ao uso, percebo um sofrimento comunitário disseminado e mal interpretado. A insônia, majoritariamente, é causada por transtornos depressivos, ansiosos ou mistos, que decorrem de distúrbios químicos cerebrais ou da associação dos distúrbios químicos a fatores ambientais, impossibilidade de lidar com as mazelas, angústias e os sofrimentos do cotidiano. O uso dos BZD traz alívio rápido, entretando, passageiro. Assim sendo, pacientes se tornam cada vez mais dependentes das medicações devido à tolerância à droga (sobretudo as que apresentam meia-vida mais curta) e não raramente aumentam a dose por conta própria. Muitos desses pacientes não pensam ou sequer conhecem as diferentes abordagens que auxiliariam na tão sofrida insônia e seus sintomas associados.

Fechando o diagnóstico de transtorno de humor associado à queixa de insônia, os prescritores devem se atentar ao correto tratamento: Antidepressivos, com destaque para aqueles com perfil sedativo. Contudo, a monoterapia com antidepressivo nem sempre fornece o conforto necessário, no tempo que o paciente deseja, devido ao imediatismo tão presente na sociedade atual. Assim como a monoterapia com benzodiazepínicos pouco melhora, a médio prazo, as queixas apresentadas. É fundamental associar a terapia medicamentosa à terapia não medicamentosa. Mudança de hábitos e estilo de vida não saudáveis, psicoterapia (com destaque para a terapia cognitivo-comportamental para insônia), psicoeducação em grupo, entre outros.

Enfrentamos um complexo problema de saúde pública: Os pacientes querem e precisam dormir. Os médicos querem atender a solicitação dos seus pacientes. A indústria farmacêutica pretende e planeja continuar vendendo. Logo, é dever dos profissionais da saúde e direito da comunidade receber a melhor informação possível. Os detentores desse conhecimento entenderão que existem outros caminhos a serem seguidos na busca pela valorização e lapidação da saúde mental.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

O primeiro benzodiazepínico (clordiazepóxido) teve sua síntese realizada no início da década de sessenta. Como dito anteriormente, nos anos seguintes a prescrição e o uso dessa classe aumentou, substituindo os barbitúricos, que apresentam inibição mais intensa do sistema nervoso central, com casos de depressão respiratória e cardíaca descritos na literatura. (Principalmente quando associado a outros inibidores do SNC, como o álcool, cujo uso é amplamente difundido).

O mecanismo de ação dos benzodiazepínicos é conhecido há décadas: Atua no receptor GABA (Ácido gama aminobutírico), responsável pela inibição da atividade neuronal. Sabe-se que o receptor gaba é composto por cinco subunidades. Elas formam um canal que permite a passagem do íon cloreto, fato de causa hiperpolarização da membrana plasmática neuronal, reduzindo o número de potenciais de ação e a frequência das despolarizações, gerando assim ação depressora do sistema nervoso central.

Sabe-se também que o uso crônico dessa substância em questão gera tolerância, fazendo com que o paciente necessite de doses cada vez maiores para obter o mesmo efeito.

Estudo realizado por MENDONÇA, R. T. et al. abordou a medicalização de mulheres idosas e o consumo de calmantes. Esse estudo chama atenção pois reflete a realidade na área de abrangência da unidade de saúde citada acima. A maior procura por serviços de saúde por partes de mulheres nos faz refletir sobre o motivo dessa estatística. Cabe nesse projeto, junto ao grupo de psicoeducação, abordar o motivo. É fácil perceber na prática clínica que mulheres de meia idade ou idosas com diagnóstico de transtorno depressivos ou ansiosos tem diferentes queixas em comum. Boa parte é usuária de benzodiazepínicos e não consegue alívio de seu sofrimento. O papel atribuído ao gênero feminino nos meados do século passado (e em alguns casos, até hoje) é motor para desenvolvimento de diversos conflitos pessoais e familiares. Com o avanço das ideias feministas, as mulheres que hoje não toleram abusos psicológicos, físicos, econômicos, morais entre outros são mulheres que buscam evitar o desenvolvimento de patologias psicológicas/psiquiátricas e, ao que tudo indica, tem menos chances de se tornarem dependentes de medicações ansiolíticas. O entendimento da sororidade, a procura por auxílio psicológico e a busca por igualdade entre os gêneros certamente vai evitar o adoecimento de incontáveis mulheres nas próximas décadas. Em consequência, núcleos familiares tendem a ser mais estáveis onde há menor incidência de patologias mentais.

## **AÇÕES**

As ações propostas a seguir visam reduzir o uso dos BZD por usuários crônico, além de evitar prescrições desnecessárias.

Promover a oportunidade de reflexão com o paciente possibilitando a compreensão de que tomar um comprimido ou uma cápsula durante meses ou anos e aguardar a resolução espontânea de suas queixas é fruto de uma percepção alterada da realidade em que está inserido. Nada além de uma pílula de ilusão e conforto passageiro é conquistado. Caso que atrapalha o tratamento, atrasa a recuperação e reabilitação do paciente. Muitas vezes evoluindo para uma piora do quadro clínico, restando um amontoado de efeitos colaterais (sobretudo na população idosa).

- Orientar o paciente sobre terapias alternativas, munir o paciente de informações referentes aos riscos relacionados ao uso prolongado e os possíveis efeitos da abstinência (no caso de planos de suspensão da droga). O risco do uso prolongado (acima de doze semanas) já foi abordado anteriormente. Com relação aos efeitos da abstinência, podemos citar: tremores, inquietação, boca seca, cefaléia, ansiedade rebote. Esses efeitos são os mais comuns e tendem a desaparecer. São mais intensos na retirada abrupta e podem ser minimizados com medidas não farmacológicas ou medicações sintomáticas, como analgésico para as cefaléias.

- Após a reflexão com o paciente, ter escutado seus questionamentos e inseguranças, será pactuado práticas alternativas para diminuir ou deixar o uso dos psicotrópicos.

### **Não farmacológicas:**

- ♦ Higiene do sono: Acordar e dormir sempre no mesmo horário. Evitar cochilos durante o dia. Evitar estímulos pelo menos duas horas antes de dormir (televisão, celulares). Evitar uso de álcool ou outras substâncias durante a noite (café, chás estimulantes). Evitar dieta em abundância antes de deitar para dormir. Usar a cama apenas quando for dormir. Se possível, preparar um ambiente livre de ruídos e luzes.
- ♦ Atividade física regular: Sabe-se que a atividade física tem inúmeros benefícios nos transtornos de humor e é tão importante quanto a terapia medicamentosa. Vale ressaltar que tratando a causa base o indivíduo consegue melhorar os sintomas (insônia). Aqui fica uma orientação adicional: Evitar atividades físicas extenuantes até quatro horas antes de deitar para dormir.
- ♦ Alimentação adequada: Nutrição do corpo é tão importante quanto a nutrição da mente, A intenção de melhorar a qualidade das refeições de forma constante e definitiva mostra uma preocupação em cuidar da saúde. Fato que aumenta a adesão à terapia não medicamentosa, evita doenças secundárias e auxilia no entendimento de que se o cuidado com o corpo é pra sempre, o cuidado com a saúde mental também deve ser.
- ♦ Entender conflitos pessoais e familiares: Não raramente uma consulta que se inicia com um pedido de "calmante" esconde um conflito pessoal ou familiar. A pressão que o paciente está exposto o faz buscar um atalho (um comprimido). O prescritor, ao se deparar com uma

- \* situação semelhante, tem o dever de entender a holísticamente a queixa do paciente. Só se consegue com escuta qualificada e empenho. Médicos que não são especialistas em saúde mental tem dificuldade nesse momento. Encaminhar para um profissional de saúde mental (psicólogo, por exemplo) poderá trazer benefícios importantes para o paciente.
- \* Práticas meditativas: a princípio rejeitada ou desacreditada pela maioria dos pacientes, sendo muitas vezes julgada como misticismo, as práticas que focam no autoconhecimento são de grande valia para reduzir o nível de estresse e melhorar a qualidade do sono. Além de outros diversos benefícios que variam de pessoa para pessoa, a depender do empenho empregado.
- \* Grupos de discussão entre pacientes usuários de benzodiazepínicos, acompanhado de profissional de saúde. Compartilhar suas queixas com semelhantes impulsiona o desejo de buscar saúde (Psicoeducação)
- \* Evitar assistir programas de televisão que expõe cenas de violência ou escutar música que estimulam sentimentos não condizentes com relaxamento.

### **Farmacológicas:**

Tendo dito que a maioria das queixas de insônia (95%) são secundárias a outras patologias clínicas ou psiquiátricas, vale lembrar que fechado o diagnóstico de transtorno de humor (depressivo, ansioso ou misto - e descartado outras patologias como transtorno bipolar de humor) podemos lançar mão de medicamentos antidepressivos com perfil sedativo. Além de tratar a causa base, possibilita uma melhor noite de sono para o paciente.

- \* Redução progressiva da dose: Na prática clínica, percebo que mais da metade dos paciente que fazem usam cronicamente diferentes BZD tem vontade de cessar o uso, por já perceber os efeitos colaterais. Assim sendo, a proposta de reduzir 25% da dose a cada duas semanas costuma funcionar. Caso os efeitos de abstinência se mostrem importantes, não se deve prescrever a dose de costume, e sim focar em reduzir 12.5% a cada 02 semanas. A substituição por medicamentos em gotas facilita essa prática.
- \* Caso a insônia retorne após retirada completa da medicação, podemos usar outras classes de medicamentos menos deletérias ou propor o uso não contínuo dos BZD (usar só quando necessário). Na prática diária vejo que o uso de antidepressivos com perfil sedativo se mostra mais eficaz do que a orientação de uso não contínuo de BZD. Se o paciente com histórico de uso crônico dispor da medicação em seu domicílio, aumenta a chance de uso caso o paciente julgue "necessário", ou seja, quando sentir algum sintoma ansioso ou depressivo.

### **Conscientização sobre o uso sem prescrição médica:**

- \* Fornecer informação de qualidade para a população (panfletos, palestras, conversas em consultas médicas ou de enfermagem), orientando sobre a possibilidade de efeitos colaterais. Os que mais chamam a atenção dos usuários são as queixas de esquecimento e



- \* quedas. Vale aqui citar que os pacientes que mais fazem uso tem entre 40 e 60 anos, na área de abrangência em questão.
- \* Fortalecer as ações da Vigilância Sanitária: No Brasil, segundo o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), existem quase sessenta mil farmácias que vendem medicamentos controlados (aqueles prescritos em receituário de controle especial branco em duas vias ou talonado) Esse sistema controla a dispensação de medicamentos de tarja preta desde 2007. Fortalecer essas iniciativas significa reduzir a venda sem prescrição médica e impedir que pacientes se tornem dependentes de uma medicação que não tratará seu problema a médio e longo prazo.

## RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos, após essa reflexão, colocar em prática a proposta:

- \* Fornecer informação de qualidade para a população sobre os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos e *terapias alternativas*.
- \* Conscientizarmos os prescritores sobre as *diversas abordagens possíveis* (farmacológicas ou não) e entender que a insônia é quase sempre causa secundária de patologias de base. Fortalecer o diálogo entre médico e paciente, visando a retirada da medicação com redução progressiva da dose. Sabendo que em alguns casos será necessário a substituição por outra classe medicamentosa mais adequada.
- \* Fortalecer a vigilância sanitária no âmbito da dispensação sem receita pelas farmácias.
- \* Reduzir em 30% o número de usuários em seis meses. Atualmente, na área de abrangência da ESF da unidade Antônio caetano de Souza, somos responsáveis por duas mil e quinhentas pessoas. Desse total, cerca de quatrocentos pacientes fazem uso crônico de benzodiazepínicos (desse total, mais de trezentas são mulheres). Retirar progressivamente essas medicações da terapia medicamentosa de cento e vinte pacientes é uma meta.

Espera-se a diminuição do uso indiscriminado dessa classe medicamentosa. A valorização da saúde mental por parte dos profissionais e dos próprios pacientes que padecem e buscam melhoria na qualidade do sono (e de vida).

O intuito é tratar de forma adequada e integral a saúde do paciente. Não podemos eufemizar a queixa de insônia. Sabemos que essa queixa traz consigo uma carga de informação gigantesca que precisa ser destrinchada, possibilitando o entendimento da condição clínica do paciente. Não devemos colocar todas as fichas em uma medicação que já se mostrou insuficiente para amenizar o sofrimento de milhões de pessoas. É dever da equipe acolher e tratar adequadamente essa queixa tão frequente em nossos consultórios, nos domicílios que visitamos ou em outros locais que atuamos.

## **REFERÊNCIAS**

CPSM/SMS Rio. Uso racional de psicofármacos - Ano 1, Volume 1/ Abril-Junho 2006

MENDONÇA, R. T. et al. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 95-106, abr./jun. 2008

Passos GS et al. Tratamento não farmacológico para a insônia crônica - Rev Bras Psiquiatr. 2007