



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

BRUNA MAZAO LEITE HENRIQUES DE PINHO

BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS, USÁ-LOS OU NÃO?

SÃO PAULO
2020

BRUNA MAZAO LEITE HENRIQUES DE PINHO

BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS, USÁ-LOS OU NÃO?

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: SUYANE DE SOUZA LEMOS

SÃO PAULO
2020

Resumo

O presente trabalho aborda o uso crônico e abusivo de benzodiazepínicos em idosos, trazendo seus principais impactos e riscos não só para os pacientes em uso desta classe de medicamentos, como também seu impacto para os familiares e cuidadores deste grupo.

Temos como principal objetivo ilustrar que mais importante que prescrever uma medicação sedativa para o paciente que por algum motivo, orgânico ou não, sofre de insônia e ou agitação psicomotora e agressividade, é avaliar primeiro a causa base destes problemas, para tratarmos de forma efetiva e não apenas paliativa, o que em um curto espaço de tempo acarreta em nova consulta com o mesmo questionamento.

Além disso, e ainda mais importante, elucidar os possíveis riscos do uso de benzodiazepínicos em idosos e seus desdobramentos não apenas para o paciente em si, mas também para seus familiares e cuidadores.

Palavra-chave

. Uso Indevido de Medicamentos sob Prescrição. Saúde Mental. Psicotrópicos. Prescrição Médica. Medicamento. Idoso. Educação em Saúde. Demência. Controle de Medicamentos e Entorpecentes. Consumo Abusivo de Medicamentos Controlados. Conscientização. Complicações. Assistência Integral à Saúde. Antidepressivos. Ansiolíticos. Adesão ao Tratamento. Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Acidentes por Quedas. Abuso de Substâncias Psicoativas.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Na atualidade, um dos graves problemas de saúde no Brasil, é a Demência em idosos, a qual pode estar diretamente ligada com o uso prolongado e indiscriminado de benzodiazepínicos, sendo uma das principais causas de invalidez nessa faixa etária.

Além disso, sabemos que o uso de tais fármacos predispõe a outro problema de saúde pública - por sua alta incidência- que são as quedas desses pacientes, trazendo complicações como as fraturas graves de fêmur, as quais também sempre trazem outras complicações, como acamar o paciente, piora da demência, agitação e agressividade, entre outros.

Sendo assim, e notando que em minha área de atuação no Centro de Saúde da Família do Bairro Planalto em Limeira-SP, tem uma altíssima prevalência de idosos em uso de tais drogas, em uma proporção de cada 10 idosos 8 estão em uso contínuo e prolongado de BZD. O perfil destes pacientes em sua maioria, são pacientes que vivem sozinhos e sofrem de depressão e ansiedade, e também aqueles que iniciaram o uso para tratar ansiedade ou insônia, sem ter realizado o desmame ou o prescritor não ter optado por outras drogas e terapias adjuvantes, o que causou dependência e resistência em cessar o uso. Também existe o grupo de idosos acamados e domiciliados que fazem o uso, erroneamente por não ser o tratamento adequado e pelos BZD piorarem esse quadro, por crises de agitação psicomotora e agressividade. Decidi, juntamente com a coordenadora da unidade e os agentes de saúde realizar um projeto de acompanhamento mais assíduo com esse grupo etário e que faz uso dos mais variados medicamentos desta classe, além de propor algumas medidas para que possamos manter a qualidade de vida, não só dos pacientes mas também de seus cuidadores e familiares, como o desmame destes medicamentos, substituição por outras classes de medicamentos que não tragam tais comorbidades, grupos de orientação, grupos de atividades alternativas na unidade, entre outros.

O objetivo do presente trabalho é buscar identificar todos pacientes em uso de benzodiazepínicos, e assim começar as ações de desmame do medicamento, de forma lenta e gradual de forma a evitar efeitos colaterais e de abstinência, usando terapias adjuvantes como as já citadas, e em alguns casos buscar o tratamento adequado seja dos quadros de insônia, ansiedade ou dos de agitação psicomotora e agressividade, usando as drogas corretas e eficazes para tais patologias e eliminando os riscos supracitados, do uso prolongado e abusivo dos BZD.

ESTUDO DA LITERATURA

A população está envelhecendo e com isso, políticas de saúde precisam ser desenvolvidas, para fornecer maior qualidade de vida à população idosa. Há um grande número de indivíduos idosos que administram vários medicamentos em função das comorbidades do envelhecimento. Entre estes fármacos estão os benzodiazepínicos. Estes causam vários efeitos colaterais, entre eles a amnésia, uma queixa constante dos idosos (FARIA E BUDINI, 2018).

As quedas entre pessoas idosas constituem um dos principais problemas clínicos e de saúde pública devido à sua alta incidência, às conseqüentes complicações para a saúde e aos altos custos assistenciais. Para que sejam traçadas medidas preventivas efetivas, é preciso identificar os fatores de risco para tais eventos. Um estudo caso-controle foi realizado com o objetivo de investigar a associação entre demência e queda seguida de fratura grave entre idosos (CARVALHO, 2000). Esse estudo nos mostra relação direta do uso dos BZD aumentando risco de queda e também da demência secundária ao uso de BZD também aumentando esse risco nesta faixa etária.

Os principais efeitos colaterais do uso de benzodiazepínicos em idosos são sedação, lentificação psicomotora, comprometimento cognitivo (diminuição da atenção, amnésia, confusão mental), dependência, síndrome de ausência (insônia, irritabilidade e ansiedade). A toxicidade cerebelar pode gerar ataxia, disartria, incoordenação e instabilidade postural, o que aumenta o risco de quedas e fraturas (ESTEVEZ, 2011).

Para Anthierens et al., talvez por considerarem que a situação está fora de controle, os pacientes usam duas estratégias para justificar o uso de BZD: maximizar seus problemas e minimizar seu uso prolongado.

Os idosos relatam que o uso crônico de benzodiazepínicos como um escape para enfrentar desafios existenciais de situações culturais, sociais e familiares, as quais precisam ser abordadas nos serviços de saúde. A escuta e o acolhimento são elementos chaves na abordagem de casos de dependência, envolver a família nessa abordagem estabelecendo vínculo de forma integral torna-se essencial para melhoria da qualidade de vida do idoso inserido nesse cenário do estudo (ALVARENGA, 2015).

Ainda sobre o estudo de ALVARENGA, 2015, concluímos que se o início de uso se dá pela prescrição médica, continuar ou não utilizando deriva do julgamento do medicamento por parte de quem o utiliza, com base na experiência, positiva ou negativa, que obteve com ele.

AÇÕES

A retirada de um benzodiazepínico deve ser feita de forma gradual, ao longo de algumas semanas, para minimizar a emergência de sintomas de abstinência. Embora um período de 4 a 8 semanas seja suficiente para a maioria das pessoas, a velocidade da redução costuma ser determinada pela capacidade do indivíduo de tolerar os sintomas secundários ao processo de suspensão, evitando-se períodos longos como 6 meses ou mais, por meio da estratégia de redução gradual de doses, como por exemplo: no caso de uso de doses baixas (até 10 mg de diazepam ou 0.5 mg de clonazepam) diminuir a dose em 50% a cada semana, e para doses maiores e/ou quem tem dificuldade na retirada das medicações reduzir entre 10 a 25% da dose a cada duas semanas.

As medidas não farmacológicas e mais eficazes no tratamento da insônia são: a higiene do sono e controle de estímulos (como ilustrado abaixo), terapias de relaxamento, psicoterapia em grupo e terapia cognitivo comportamental .

Higiene do sono e controle de estímulos

Dormir o quanto for necessário para sentir-se descansado e só então sair da cama.

Programar um alarme para acordar sempre no mesmo horário (inclusive nos finais de semana).

Tentar não forçar o sono.

Evitar bebidas com cafeína após o almoço.

Evitar álcool perto da hora de dormir.

Evitar tabaco, particularmente a partir do fim da tarde.

Ajustar ambiente de sono para reduzir estímulos (diminuir luminosidade e ruídos, desligar eletrônicos).

Evitar uso prolongado de telas emissoras de luz (computadores, *tablets*, *smartphones*).

Buscar resolver preocupações antes da hora de dormir.

Exercitar-se regularmente, preferencialmente longe do horário de sono (4 a 5 horas antes de dormir).

Evitar cochilos durante o dia, especialmente se superiores a 20 a 30 minutos e, principalmente no fim do dia.

Não ficar olhando o relógio enquanto tenta dormir.

Ir para a cama apenas quando estiver com sono.

Usar a cama apenas para sono e sexo: evitar outras atividades, como assistir televisão ou alimentar-se.

Levantar-se caso não consiga dormir após 20 minutos na cama, sair do quarto e realizar alguma atividade relaxante (como ler ou ouvir alguma música calma). Voltar para cama quando o sono retornar.

Evitar atividades que “recompensam” por estar acordado tarde, como assistir televisão e comer.

Sendo assim, as ações seriam:

O primeiro e mais importante passo para que se mude esse padrão de uso indiscriminado e abusivo de Benzodiazepínicos, seria implantar um atendimento de equipe multidisciplinar e reavaliação da prescrição e/ou necessidade de Benzodiazepínicos (BZD) pelos profissionais

da UBS e/ou NASF, como os médicos clínicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, profissionais da enfermagem, entre outros, buscando formas de abordar e tratar os transtornos mentais mais comuns em idosos como depressão e ansiedade, que não sejam logo de início o uso de medicamentos, tais como: atividade física, palestras, atividades de relaxamento, yoga, técnicas de controle de respiração e psicoterapia cognitivo comportamental.

O segundo passo, seria, diante da falha do tratamento não medicamentoso, ou da gravidade do transtorno mental apresentado nestes pacientes, iniciar medicamentos de outra linha como antidepressivos e ansiolíticos, ou em casos de insônia, agitação e agressividade, o uso de quetiapina, o qual tem sido muito utilizado por neurologistas e também pelo médico, com bastante sucesso terapêutico, substituindo os BZD.

E por último, porém não menos importante, seria realizar atividades educativas a fim de conscientizar e educar a população, sobre os riscos e comorbidades que o uso prolongado e indiscriminado dos BZD traz, e também realizar o desmame dos pacientes que o utilizam, substituindo por terapias não medicamentosas ou até mesmo por outra classe de medicamento.



RESULTADOS ESPERADOS

O principal resultado esperado é a conscientização da população em geral e dos usuários e familiares dos usuários acerca dos riscos e efeitos colaterais do uso crônico de benzodiazepínicos em idosos, para que se consiga a redução do uso dos mesmos nessa faixa etária e com isso evitar os desdobramentos negativos que tais medicamentos trazem para os pacientes de uma forma ainda mais drástica após os 60 anos de idade.

Também temos como resultado esperado trazer esse público alvo para mais próximo da unidade, de forma a acompanhá-lo mais de perto e a desenvolver terapias adjuvantes para o desmame dessa medicação e com isso atuarmos não apenas na prevenção mas também como na promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Jussara Mendonça et al . Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de "jogar água no fogo", não pensar e dormir. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 249-258, Junho 2015 .

ANTHIERENS S, Pasteels I, Habraken H, Steinberg P, Declercq T, Christiaens T. Barriers to nonpharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia Family physicians' attitudes toward benzodiazepine prescribing. **Can Fam Physician** 2010;56(11):398-406.

CARVALHO, Aline de Mesquita, **Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.** Maio 2000

ESTEVES, Virginia do Prado Gomes. Uso abusivo de benzodiazepínicos em idosos: revisão bibliográfica. **Setor de monografias de especializações da UFMG**, Belo Horizonte, Novembro 2011.

FARIA, Luciana Oliveira, BUDNI, Josiane. O uso prolongado de benzodiazepínicos por idosos e o risco para demência. **Laboratório de Doenças Neurodegenerativas; Laboratório de Neurociências; Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde -Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC**, Criciúma, SC, Julho 2018.