



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MARIANA RODRIGUES MARTINO

O USO CONTÍNUO DE BENZODIAZEPÍNICOS: UM DESAFIO NA POPULAÇÃO
IDOSA.

SÃO PAULO
2020

MARIANA RODRIGUES MARTINO

O USO CONTÍNUO DE BENZODIAZEPÍNICOS: UM DESAFIO NA POPULAÇÃO
IDOSA.

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: LUCIA HELENA FERREIRA VIANA

SÃO PAULO
2020

Resumo

Os benzodiazepínicos estão entre os psicofármacos mais prescritos no mundo. Há dados que relacionam seu uso crônico com aumento da mortalidade em idosos, maior risco de queda e fraturas e até mesmo demência. Sendo assim, se torna importante a descontinuação dessa droga sempre que possível.

Diante do número significativo de idosos em uso contínuo de medicação controlada, sem indicação clínica para tal, se tornou essencial elaborar um plano estratégico. A proposta é, a partir das considerações levantadas, cada unidade estruturar um protocolo próprio de modo a acolher, vincular, e promover saúde a esses pacientes. Sempre respeitando a singularidade de cada um deles, proporcionando qualidade de vida a essa população. Para isso, é importante levantar o cardápio de serviços ofertados, além de estruturas de apoio presentes no território.

A educação personalizada, a orientação do paciente por escrito e a formação do vínculo com o prescritor parecem ser pontos fundamentais nesse processo. As medidas propostas objetivam não só a interrupção definitiva do uso contínuo, sem critério médico, dessas drogas, mas também uma evolução progressiva do paciente e seu empoderamento sobre a própria saúde. Neste trabalho, encontramos algumas opções de formação da rede de cuidados e dados da literatura que contribuem para a elaboração de uma estratégia, na atenção primária.

Palavra-chave

Idoso. Consumo Abusivo de Medicamentos Controlados. Prevenção Quaternária.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Durante a experiência como bolsista do programa Mais Médicos, tive a oportunidade de atender uma população vulnerável na Zona Sul de São Paulo, como parte de uma equipe de saúde da família.

A área do território sob nossa responsabilidade logo se mostrou complexa e com alta demanda de atendimentos de saúde mental. Foi essa demanda que chamou a minha atenção. Muitos idosos faziam uso crônico de benzodiazepínicos e ocupavam a agenda para renovação de receitas sem nenhuma outra demanda.

Apesar de aproveitar a oportunidade para incentivar a vacinação, orientar sobre profilaxia de queda, avaliar o Mini Mental e estimular hábitos de vida saudáveis, comecei a me preocupar em estabelecer um vínculo para abordar a redução progressiva da dose, objetivando, para esses pacientes, interromper definitivamente o uso do medicamento.

Enfrentei considerável resistência inicial. Porém, a longitudinalidade do cuidado proporcionou uma continuidade de educação em saúde. Essa insistência despertou o interesse de alguns pacientes em interromper o uso crônico, frente a percepção do risco significativo de danos graves.

Os principais estímulos que levaram ao uso de benzodiazepínicos, segundo dados dos prontuários, foi depressão, ansiedade e insônia. Diante disso, comecei a estruturar uma estratégia para abordar o problema, que foi enriquecida com conhecimento construído durante o curso de pós-graduação UNASUS-UNIFESP, desconsiderando casos de doenças psiquiátricas graves.

ESTUDO DA LITERATURA

Os benzodiazepínicos estão entre os psicofármacos mais prescritos no mundo. Eles apresentam ação hipnótico-sedativa, antiepilépticas, amnésicas e de relaxamento muscular. Além de aumentarem o tempo do estágio 2 do sono não REM, atuam reduzindo despertares e a latência do sono, segundo Carlini et. al (2005).

Esses medicamentos são prescritos para diversos quadros psiquiátricos, como transtorno do pânico, fobia social, ansiedade generalizada, porém frequentemente não configuram primeira escolha de tratamento, sendo os inibidores seletivos da recaptação de serotonina privilegiados, nos quadros exemplificados.

Apesar desses ganhos clínicos, apresentam risco conhecido há 50 anos de abuso, dependência, rebote e efeitos adversos. O Diazepam foi o fármaco mais prescrito nos Estados Unidos entre as décadas de 1960 e 1990. Uma estimativa nos leva a crer que cerca de 50 milhões de pessoas façam uso diário desse medicamento, sendo a maior parte mulheres acima de 50 anos com doenças crônicas, como abordado em Carlini et. al (2005).

Segundo o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, de 2005, a dependência para os Benzodiazepínicos atingiu 0,5% dos entrevistados das 108 cidades pesquisadas. Apesar de ser menor que a dependência de Maconha, é maior que a de Solventes e de Estimulantes Anfetamínicos, por Tannenbaum (2015).

Em relação a população geral, a mortalidade de pacientes dependentes de BZD é 3 vezes maior, no entanto, quando comparado a um grupo com comorbidades semelhantes, não se observa esse aumento. Porém, alguns estudos encontraram risco de morte significativamente maior quando consideramos a população idosa, como vemos em Carlini et. al. (2005).

Esse risco foi atribuído ao efeito tóxico da medicação sem ajuste de dose. Uma outra explicação seria o uso inadvertido para tratamento de depressão e ansiedade, que teriam sido mal diagnosticadas nessa população. Dessa forma, há manutenção da morbidade associada ao efeito tóxico da droga, abordados em Carlini et. al (2005) e Tannenbaum et al. (2014).

Efeitos deletérios na memória foram reportados , assim como delirium, maior risco de quedas e fraturas, sendo maior nas primeiras 2 semanas de terapia e aumenta conforme maiores doses e associação com outras drogas de ação no sistema nervoso central. Estima-se que o uso regular duas vezes por semana por 1 ano garante risco 50% maior de demência. Há também relato de maior risco de acidentes com veículos motores, segundo Tannenbaum et al (2012) (2014), Dassanayake (2011), Billioti (2014) e Martin (2013).

O transtorno do sono deve ser tratado com medidas comportamentais, sendo a medicação reservada a casos específicos. Estudos mostram que as medidas cognitivo-comportamentais são responsáveis, após 4-8 semanas por uma melhora clínica nos próximos 2 anos, auxiliando, inclusive durante o período de desmame do BZD, como vemos em Tannenbaum (2012). O benefício do BZD é percebido com tratamentos agudos, por no máximo 4 semanas de uso e não configura primeira escolha para tratamento de depressão e ansiedade a longo prazo.

Considerada nível 1 de evidência, a educação do paciente se mostra um método efetivo para estimular a redução do benzodiazepínico. Associar um protocolo de 20 semanas, por escrito, indicando a redução gradual da droga antes de sua retirada, à educação através do método construtivista mostrou resultados significativos e favoráveis, 27% descontinuou o uso, contra 5% do controle, em 6 meses, enquanto 11% dos participantes do grupo teste reduziram a dose, por Tannenbaum (2012).

Cabe ressaltar que o método construtivista, é comprovadamente benéfico em materiais de combate ao tabagismo. Através dele o indivíduo participa ativamente da construção dos próprios conhecimentos, levando em conta o ambiente, o contexto social e histórico a que está inserido. Um estudo, que foi realizado em Montreal, no Canadá, mostrou que uma educação personalizada foi efetiva na mudança da percepção do risco do uso da medicação, por Tannenbaum et. al. (2014).

Na atenção primária, outro estudo mostrou que a distribuição do protocolo de redução por escrito e uma orientação de 20 minutos sobre a cessação do uso de benzodiazepínicos mostrou redução de 45% no uso em 1 ano de seguimento, em Tannenbaum (2012). Percebemos, assim, o quando a verdadeira compreensão pelo paciente dos riscos envolvidos e a construção conjunta do plano terapêutico auxilia no processo de redução da droga.

O medo de sintomas de abstinência podem ser importantes causas de hesitação em pacientes e cuidadores. No entanto, é importante orientar que insônia, irritabilidade, tremor, ansiedade, dificuldade de concentração, palpitação, cefaleia, dores musculares, letargia são sintomas usualmente temporários, apresentados em 50% dos pacientes ao reduzir progressivamente a dose. Outros sintomas como mal estar, alterações gastrointestinais e convulsões podem ocorrer. No entanto, nenhum evento grave foi identificado em 28 estudos que abordaram a descontinuação paulatina de benzodiazepínicos em idosos com insônia, ansiedade ou depressão.

É essencial orientar que os sintomas de retirada são mais perceptíveis no final do processo. Nesse momento, aumentar a dose da medicação para combatê-los deve ser evitado. Idealmente, discute-se a manutenção da dose até melhora completa desses sintomas, ou continuar com a retirada da droga, apesar do desconforto.

AÇÕES

As propostas para consolidar um projeto de saúde no território foram baseadas no conhecimento produzido ao longo do curso de pós-graduação UNASUS-UNIFESP aplicados a experiência no território.

No processo para auxiliar a redução do uso crônico de benzodiazepínicos, é preciso atentar para medidas profiláticas. Assim, uma vez indicado o início do tratamento de curto prazo com benzodiazepínicos, é importante explicar ao paciente a ação esperada da droga, assim como seus efeitos colaterais e riscos do uso crônico. Se possível, deixar as orientações por escrito, com o planejamento de retirada já programado.

Como apresentado no estudo da literatura, torna-se cada vez mais importante a educação em saúde e técnicas adequadas de divulgação científica. É essencial explicar adequadamente em linguagem acessível os efeitos do consumo da droga já relatados. Orientar a construção do conhecimento é papel da equipe de saúde.

O trabalho deve ser conjunto, ou seja, a diretriz do cuidado deve ser traçada também com o paciente, garantindo suas individualidades e objetivando a construção progressiva de uma relação de confiança com o cidadão. Já que o indivíduo é um ser biopsicossocial e todas suas peculiaridades devem ser consideradas, permitindo desenvolver um projeto de saúde holístico e de sucesso.

Dessa forma, é preciso entender o contexto a que o paciente está inserido, seu grau de instrução, seu contexto sociocultural, sua história clínica e de vida, seu contexto familiar, suas motivações para continuar o tratamento e a razão de tê-lo iniciado, suas fontes de suporte emocional, suas vulnerabilidades, as particularidades do território, entre outros fatores, para garantir o melhor atendimento. Se necessário, pode-se, inclusive, realizar uma visita domiciliar. Uma vez levantados esses dados em equipe, cabe realizar o inventário de serviços disponíveis para suporte.

Se presente, no NASF, o psiquiatra pode garantir ricas trocas com o médico de família, por exemplo, auxiliando na atualização e formação de um plano terapêutico individualizado e de um diagnóstico mais preciso da doença de base. É importante avaliar, ainda, os grupos realizados na unidade, buscando estimular a ampliação da rede de apoio desse paciente. Pode-se ainda fazer uso dos grupos de atividade física no auxílio ao combate dos sintomas de ansiedade e depressão. Além de grupos com a nutricionista, que auxiliam na introdução de hábitos alimentares saudáveis, melhorando o bem-estar físico e mental.

Caso o paciente tenha sido acompanhado pelo CAPS, nas reuniões mensais, seria interessante o levantamento do prontuário e de sua história patológica pregressa. Se possível, disponibilizar uma terapia cognitivo-comportamental na rede. Com a elevada demanda, NASF e CAPS saturados, pode ser difícil garantir esse acesso, por esse motivo, é interessante fazer o levantamento de ONGs, Universidades e associações que disponibilizem gratuitamente esse serviço.

Uma vez estabelecido o vínculo com o paciente, garantido sua rede de apoio, minimizando com a família os fatores de estresse possíveis de serem abordados, iniciamos a proposta de redução da dose.

Para isso, uma proposta aceita na comunidade médica é reduzir a cada 15 dias 25% da dose, uma vez acordado o desmame. Preconiza-se a retirada de pelo menos 50% da dose nas primeiras 2 semanas. Em pacientes mais velhos, essa retirada pode ocorrer mais lentamente com um cronograma de 4 a 5 meses. Para evitar sintomas de retirada muito intensos, alternativamente pode-se substituir por benzodiazepínicos de meia-vida mais longa, como o Diazepam e o clonazepam.

RESULTADOS ESPERADOS

As medidas propostas objetivam não só a interrupção definitiva do uso contínuo, sem critério médico, dessas drogas, mas também uma evolução progressiva do paciente. O qual deverá, primeiramente, adquirir consciência dos malefícios e riscos de seu uso, apesar de, num primeiro momento, não desejar interrompê-lo.

Com o passar do tempo e da abordagem continuada, esperamos que, ao ser questionado, haja menor resistência a interrupção. E, conseqüente, possamos iniciar a preparação para a descontinuidade, a partir do estabelecimento das medidas comportamentais como: mudança do estilo de vida, elaboração e fortalecimento da rede de apoio, higiene do sono, orientação nutricional, acompanhamento de psicólogo, etc..

Uma vez estabelecidos esses pontos, combina-se com o paciente a redução gradual da dose, mantendo consultas de retorno para cuidado continuado e avaliação de recaídas. Desse modo, busca-se desenvolver a autonomia e fortalecimento individual, de modo a interceder nos diversos fatores etiológicos que culminaram com o uso contínuo inadvertido de benzodiazepínicos.

Reconhecemos o indivíduo como um ser complexo, repleto de peculiaridades biológicas, psicológicas e socioculturais se faz prioritário. Afinal, é através dessa visão holística, que contribuimos para, atuando na prevenção quaternária, promover saúde e interromper os riscos já exaustivamente abordados.

REFERÊNCIAS

BILLIOTI DE GAGE S, MORIDE Y, DUCRUET T, et al. **Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study.** BMJ 2014;349:g5205

CARLINI A [ET. AL.]. II **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil.** CEBRID, São Paulo, UNIFESP, 2005.

DASSANAYAKE T, MICHIE P, CARTER G, et al. **Effects of benzodiazepines, antidepressants and opioids on driving: a systematic review and meta-analysis of epidemiological and experimental evidence.** Drug Saf;34:125-56, 2011

MARTIN P, AHMED S, TAMBLYN R, et al. **A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly.** Patient Educ Couns, 92:81-7, 2013.

TANNENBAUM C, MD, MSC. **Inappropriate benzodiazepine use in elderly patients and its reduction.** Psychopharmacology for the Clinician. J Psychiatry Neurosci, 40, 2015

TANNENBAUM C, PAQUETTE A, HILMER S, et al. **A systematic review of amnestic and non-amnestic mild cognitive impairment induced by anticholinergic, antihistamine, GABAergic and opioid drugs.** Drugs Aging; 29:639-58, 2012.

TANNENBAUM C, MARTIN P, TAMBLYN R, ET AL. **Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial.** JAMA Intern Med, 174:890-8, 2014.