

PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS PARA O MANEJO DA ANSIEDADE EM IDOSOS SUBMETIDOS A TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Adla Renata dos Santos Silva; Roberta Costa Santos Ferreira

Universidade Federal de Alagoas, adlarenata@hotmail.com; Universidade Federal de Alagoas, ufal_ferreira@yahoo.com

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população brasileira apresenta-se como um desafio na área da saúde¹, visto que concomitantemente a isso há o aumento da prevalência das doenças crônicas e da necessidade de uso contínuo de medicamentos. Dentre essas doenças vale ressaltar os transtornos de ansiedade. As transformações sociais e o aumento da insegurança tem causado o imaginário do medo freqüente², exercendo influência sobre a saúde dos indivíduos. Assim, frente ao medo geralmente são desenvolvidos reflexos autonômicos, emoções nocivas, atitude defensiva e estado de alerta, com liberação de corticosteroides e catecolaminas³. Na classificação dos transtornos de ansiedade no Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana⁴ e na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde⁵ estão incluídos: transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, fobias específicas, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo.

Os transtornos de ansiedade na velhice estão entre as condições psiquiátricas encontradas com mais frequência⁶. Frente ao tratamento odontológico relatos de ansiedade são freqüentes^{7,8}, apesar da prevalência ser variável entre as populações⁹⁻¹¹. Diante disso, percebe-se a importância de que o cirurgião-dentista realize uma adequada avaliação, a fim de que os transtornos de ansiedade sejam diagnosticados precocemente. Ademais, é inerente o conhecimento do estado sistêmico e a diferenciação de uma ansiedade patológica e uma emoção normal adaptativa diante da intervenção odontológica, para que sejam adotadas condutas clínicas adequadas. Assim, no exame clínico, durante a anamnese, devem ser realizados questionamentos quanto à história da doença presente e passada; utilização simultânea de diversos medicamentos; uso de álcool e histórico familiar de patologias psiquiátricas. Ao exame físico, é inerente que o profissional esteja atento às alterações da pressão arterial, sudorese, frequência cardíaca e respiratória, além da presença de tremores¹².

O controle da ansiedade no tratamento odontológico visa a uma maior segurança quanto à ocorrência de emergências médicas, como síndrome de hiperventilação e alterações

cardiovasculares¹³. Isto pode ser feito com a utilização de tranquilizantes para reduzir o metabolismo basal e controlar a ansiedade. Os ansiolíticos são os fármacos de escolha, sendo os benzodiazepínicos os mais prescritos^{12, 14}, e, portanto, apresentam maior probabilidade de abuso. Esse estudo objetiva descrever o uso de benzodiazepínicos para o controle da ansiedade em idosos submetidos a tratamento odontológico, bem como a importância do conhecimento das particularidades sistêmicas observadas na velhice para a adequada indicação desses fármacos.

METODOLOGIA

O estudo é uma revisão sistemática da literatura, para o qual foi realizado um levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados LILACS, BBO, MEDLINE, BDNF e DeCS, utilizando-se os seguintes descritores e seus sinônimos, para título, resumo e assunto: ansiolíticos, prevalência da ansiedade em idosos, transtornos de ansiedade “and” idosos, benzodiazepínicos “and” idosos e ansiedade no tratamento odontológico “and” idosos. Foram incluídos artigos publicados entre 1986 e 2016, em inglês e português, sendo excluídos os que estavam indisponíveis o texto completo e os trabalhos que se repetiram nas diferentes bases de dados consultadas. Foram também realizadas pesquisas em livros que abordassem a temática da ciência do envelhecimento, farmacologia geriátrica, tratamento da ansiedade, transtornos psiquiátricos em idosos e fundamentos do diagnóstico clínico. Através de uma análise criteriosa estabeleceu-se uma ligação entre a administração de benzodiazepínicos na odontologia, as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento e as possíveis interações medicamentosas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estresse e a ansiedade à intervenção odontológica persistem em uma parcela significativa da população, e estão associados à realização de procedimentos invasivos, bem como a aspectos como movimentação brusca do dentista, sons e vibrações dos instrumentos rotatórios e experiências passadas, sendo a anestesia local relatada como o procedimento mais estressante por Aeschliman et al.¹⁵. Desse modo, é imprescindível que o dentista seja apto a lidar com as alterações psíquicas e os transtornos de ansiedade que podem acometer o paciente. A redução do estresse durante o atendimento odontológico visa evitar a liberação de catecolaminas endógenas, que em situações de estresse pode aumentar em torno de 40 vezes¹⁶. Essa liberação aumentada pode acarretar complicações cardiovasculares significativas que podem ser fatais, dentre elas o infarto do

miocárdio e o acidente vascular cerebral. Dessa forma, percebe-se a importância do controle da ansiedade, principalmente frente a pacientes predispostos a complicações como os hipertensos e cardiopatas¹³.

Os principais métodos para o controle da ansiedade em odontologia são a iatrosedação, técnica de sedação consciente por via inalatória, com uma mistura de gases óxido nitroso e oxigênio, e uso de ansiolíticos, sendo a utilização de ansiolíticos do grupo dos benzodiazepínicos por via oral a mais aplicada¹³. Dado isso, a indicação farmacológica deve ser avaliada diligentemente, visto que nos idosos há uma maior probabilidade de se desenvolverem efeitos adversos associados às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas^{17, 18}.

As alterações farmacocinéticas nos pacientes geriátricos são relatadas por diversos autores^{13, 17, 19, 20}. Ao decorrer do processo de envelhecimento há diminuição do metabolismo hepático, associada à redução do fluxo sanguíneo hepático e diminuição do tamanho do fígado; além de diminuição da excreção renal, que segundo Melk e Halloran²¹ é decorrente da redução da velocidade de filtração glomerular em 25% a 50% depois dos 60 anos de idade. Somados a tais fatores Bomberg e Averbach²² citam a redução de água no organismo, que pode levar a um aumento da disponibilidade das drogas hidrossolúveis, atingindo maiores concentrações séricas; o aumento da massa de tecido adiposo, acarretando a elevação da meia-vida dos medicamentos lipossolúveis; a maior inativação de determinadas substâncias pelo suco gástrico decorrente da absorção gastrointestinal lenta; diminuição dos níveis de albumina plasmática, o que pode causar o aumento do efeito farmacológico de determinadas drogas, devido ao aumento da biodisponibilidade, resultando em maiores concentrações nos sítios receptores, além da possibilidade de competição com outras drogas que apresentam alta capacidade de ligação às proteínas.

Quanto à farmacodinâmica, apesar da dificuldade de se realizar estudos e da escassez dos dados nessa área, Heft¹⁹ cita que há relatos de um aumento da sensibilidade a determinados ansiolíticos benzodiazepínicos em indivíduos senescentes, como também discorre sobre a diversidade de possibilidades de alterações farmacodinâmicas na reatividade a fármacos na velhice, exemplificando com a alteração do número de receptores, alteração na sua afinidade pelo fármaco ou alteração da resposta do tecido à interação droga-receptor. Ainda, relata o aumento da sensibilidade aos depressores do sistema nervoso central. Em testes com o nitrazepam, foram descritas diminuições do desempenho psicomotor associadas com a idade, sendo relacionadas com

alterações farmacodinâmicas, mas não farmacocinéticas, segundo Castleden, et al. (1977)* apud Heft e Mariotti¹⁹.

A sedação consciente com a utilização de benzodiazepínicos por via oral apresenta margem de segurança relativamente ampla, com ação quase restrita ao sistema nervoso central, conquanto exerce pequena influência sobre o sistema cardiovascular, com modesta redução da pressão arterial e do trabalho cardíaco. Não obstante, é necessária que para a prescrição de fármacos para os pacientes senescentes seja realizada uma avaliação individual, visando à prevenção de efeitos indesejáveis devido à presença de patologias e das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas. Desse modo, dentre os benzodiazepínicos, o diazepam, embora muito utilizado como sedativo na odontologia, é contraindicado para idosos, visto que sua metabolização produz dois metabólitos ativos, o desmetildiazepam e o oxazepam, sendo um agente de longa duração de ação, e segundo Barbosa¹³ nos pacientes idosos apresenta um tempo médio de eliminação renal de 90 horas, devido à redução das funções hepáticas e renais. Assim, os efeitos adversos, como as alterações psicomotoras e a sonolência podem perdurar. Além de ter sido descrita uma maior ocorrência dos efeitos paradoxais nos pacientes idosos quando da utilização do diazepam¹³. Tendo em vista isso, Matear e Clarke (1999)²³ citam que alguns autores apresentam como alternativa a utilização do lorazepam nos idosos, visto que não produz metabólitos ativos e dificilmente está relacionado às reações paradoxais.

Vale ressaltar que a utilização simultânea dos benzodiazepínicos com agentes depressores do sistema nervoso central (SNC) pode desencadear uma depressão excessiva desse sistema. Dentre os principais agentes depressores estão os antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos, os barbitúricos, os antagonistas dos receptores da dopamina, os anestésicos locais, os anti-histamínicos, os analgésicos opióides e o álcool. Ademais, Moore (1999)²⁴ e Felpel (2000)²⁵ descrevem a inibição das enzimas oxidativas hepáticas e, conseqüentemente, o aumento da ação farmacológica dos benzodiazepínicos quando associados a bloqueadores dos canais de cálcio, antifúngicos, antimicrobianos macrolídeos, anti-hipertensivos, ranitidina e cimetidina. Desse modo, é imprescindível o questionamento sobre o uso desses medicamentos.

CONCLUSÕES

O envelhecimento populacional demanda um amplo conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre as alterações sistêmicas e frequentes patologias que acometem os idosos, a fim de que as

* Castleden CM, George CE, Marcer D, et al. Increased sensitivity to nitrazepam in old age. Br Med J 1977; 1: 10-12.

intervenções odontológicas não ponham em risco a saúde do paciente, mas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida. Assim, percebe-se a imprescindibilidade da adoção de condutas holísticas em saúde, as quais não se atentam apenas para o sistema estomatognático. Vale ressaltar que a anamnese não deve ser negligenciada²⁶, pois através dos dados obtidos o profissional avaliará as possíveis interações farmacológicas devido ao uso de diferentes medicamentos²⁷. Quanto à prescrição de benzodiazepínicos, na literatura consultada, todos os autores foram unânimes quanto à contra-indicação dos benzodiazepínicos de meia-vida longa para os idosos, corroborando a importância de se levar em consideração as mudanças fisiológicas observadas nesses pacientes em relação à escolha do fármaco a ser utilizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cien Saúde Colet.* 2012; 17(1): 123-133.
2. Gomes Victor MLR, Arndreoni R, Gomes, LB. As emoções e a felicidade na contemporaneidade: Reflexões em torno da abordagem discursiva da animação Divertida Mente. *Conexão – Comunicação e Cultura.* 2016 jul/ dez 30; 15(30): 241-255.
3. Moreira MD, Mello Filho J. Psicoimunologia hoje. *In: Mello Filho J. Psicossomática hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. 119-151.
4. American PA. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, fourth edition - DSM-IV. Washington: American Psychiatric Association (APA) 1994.
5. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
6. Sheikh JI. Anxiety disorders and their treatment. *In: Edited by Alexopoulos GS. Psychiatric Disorders in Late Life.* Philadelphia: WB Saunders; 1992.
7. Carvalho RWF, Falcão PGCB, Campos GJL, et al. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores preditores em brasileiros. *Cien Saúde Colet.* 2012; 7(7): 1915-1922.
8. Carter AE, Carter G, Boschen M, AlShwaimi E, George R. Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World J Clin Cases.* 2014 Nov 16; 2(11): 642-53.
9. Chaves AM, Loffredo LCM, Valsecki-Júnior A, Chavez OM, Campos JADB. Estudo epidemiológico da ansiedade dos pacientes ao tratamento odontológico. *Rev Odontol UNESP.* 2006; 35(4): 263-8.
10. Ramos-Jorge ML, Cardoso M, Marques LS, Bosco VL, Rocha MJC. Associação entre experiência odontológica na infância e ansiedade odontológica na adolescência. *Arq odontol.* 2004; 40(4): 291-301.
11. Udoye CI, Oginni AO, Oginni FO. Dental anxiety among patients undergoing various dental treatments in a Nigerian teaching hospital. *J Contemp Dent Pract.* 2005; 6(2):91.

12. Sheikh JI. Transtornos de Ansiedade e Transtorno de Pânico. *In*: Busse EW, Blazer DG. *Psiquiatria Geriátrica*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. 285-294.
13. Barbosa AF. *Condutas Clínicas em Odontologia Geriátrica*. 2. ed. Maceió: Editora da Universidade Federal de Alagoas; 2011.
14. Nunes BS, Bastos FM. Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. *Saúde Cien Ação*. 2016; 3(1): 71-82.
15. Aeschliman SD, Blue MS, Williams KB, Cobb CM, MacNeill SR. A preliminary study on oxygen saturation levels of patients during periodontal surgery with and without oral conscious sedation using diazepam. *J Periodontol*. 2003 jul; 74(7):1056-9.
16. Malamed SF. *Manual de Anestesia Local*. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
17. Andrade ED. *Terapêutica medicamentosa em Odontologia*. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2006.
18. Cassoni TCJ, Corona LP, Romano-Lieber NS, Secoli SR, Duarte IAO, Lebrão ML. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(8): 1708-1720.
19. Heft MW, Mariotti AJ. *Farmacologia Geriátrica*. *In*: Yagiela JA, Neidle EA, Dowd FJ. *Farmacologia e Terapêutica para Dentistas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2000. 642-648.
20. Silva PA, Silva KO, Mascarenhas GDM, Faria LA. Aspectos relevantes da farmacoterapia do idoso e os fármacos inadequados. *InterScientia*. 2015; 3(1): 31-47.
21. Melk A, Halloran PF. Cell senescence and its implications for nephrology. *J Am Soc Nephrol*. 2001;12: 385-93.
22. Bomberg TJ, Averbach RE. Local anesthesia and the elderly dental patient. *Gerodontology*. 1986; 2(5): 157-160.
23. Matear DW, Clarke D. Considerations for the use of oral sedation in the institutionalized geriatric patient during dental interventions: a review of the literature. *Spec Care Dentist*. 1999; 19(2): 56-63.
24. Moore PA. Adverse drug interaction in dental practice: interaction associated with local anesthetics, sedative and anxiolytics. *J Am Dent Assoc*. 1999; 130(4): 541-54.
25. Felpel LP. Drogas ansiolíticas e relaxantes musculares de ação central. *In*: Yagiela JA, Neidle EA, Dowd FJ. *Farmacologia e Terapêutica para Dentistas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2000. 161-76.
26. Soares MOM, Higa EFR, Gomes LF, Marvão JPQ, Gomes AIF, Gonçalves AHC. Anamnese para o cuidado integral. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016 dez; 29: 66-75.
27. Mibielli P, Rozenfeld S, Matos GC, Acurcio FA. Interações medicamentosas potenciais entre idosos em uso dos anti-hipertensivos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014 set; 30(9): 1947-1956.