

**MARIA APARECIDA FORSAN**

**O USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS:  
UMA ANÁLISE CRÍTICA DAS PRÁTICAS DE  
PRESCRIÇÃO, DISPENSAÇÃO E USO PROLONGADO.**

**CAMPOS GERAIS/MG  
2010**

**MARIA APARECIDA FORSAN**

**O USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS:  
UMA ANÁLISE CRÍTICA DAS PRÁTICAS DE  
PRESCRIÇÃO, DISPENSAÇÃO E USO PROLONGADO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

**ORIENTADOR**

Marília Rezende da Silveira

**CAMPOS GERAIS/MG  
2010**

**MARIA APARECIDA FORSAN**

# **ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA EXPERIÊNCIA INTEGRADA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

**ORIENTADOR:** Marília Rezende da Silveira

Banca Examinadora

Profa Marília Rezende da Silveira

Prof. Alexandre de Araújo Pereira

Aprovada em Belo Horizonte 15/05/2010.

Dedico esta Monografia à minha querida  
mãe.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a Deus, aos meus mestres, aos meus amigos por suas importantes contribuições e a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa.

*“O segredo de progredir é começar. O segredo de começar é dividir as tarefas árduas e complicadas em tarefas pequenas e fáceis de executar, e depois começar pela primeira.”.*

Mark Twain

## **RESUMO**

Este estudo teve por objetivo compreender a prática de prescrição, dispensação e uso prolongado de benzodiazepínicos, a partir de uma investigação bibliográfica dos principais estudos dentro da literatura sobre o assunto. Os autores foram escolhidos pela técnica de bola de neve, totalizando 23 obras estudadas. As conclusões da investigação foram de que a maioria dos estudos relata ser freqüente a obtenção de prescrição de benzodiazepínicos por solicitações junto aos médicos, sem necessidade de consulta formal. Apontam que os usuários apresentam histórico de uso prolongado (entre 2 e 8 anos) com finalidades outras que não apenas a terapêutica. Enfatizaram também a facilidade em adquirir a medicação e a falta de orientação médica sobre os cuidados necessários durante o tratamento. O estudo sugere que a ocorrência de uso indevido envolve não apenas o sistema de controle da dispensação, mas uma série de outros fatores, entre os quais as atitudes dos profissionais de saúde.

**PALAVRAS CHAVE:** ansiolíticos; conhecimentos, atitudes e prática em saúde

## **ABSTRACT**

This study aimed to understand the practice of prescribing, dispensing and prolonged use of benzodiazepines, from a literature search of major studies in the literature on the subject. The authors were chosen by the technique of snowball, totaling 23 works studied. The research findings were that most studies reported frequent obtaining prescription of benzodiazepines for request made to doctors, without formal consultation. Indicate that users have a history of prolonged use (2 to 8 years) for purposes other than just therapy. They also emphasized the ability to buy the medication and lack of medical advice on the care needed during the treatment. The study suggests that the occurrence of abuse involves not only the control system of the dispensation, but a number of other factors, including the attitudes of health professionals.

**KEYWORDS:** anti-anxiety agents; health knowledge, attitudes, practice.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>1. A SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>10</b>
<b>2. OS BENZODIAZEPÍNICOS.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Os efeitos dos benzodiazepínicos.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.1 efeitos colaterais.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Caracterização do problema.....</b>	<b>16</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>18</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>23</b>

## INTRODUÇÃO

Historicamente, o homem utiliza substâncias químicas que causam alterações em seu nível de consciência, ou que produzem reações físicas ou mentais temporariamente prazerosas. Atualmente são poucos os indivíduos que não utilizam alguma substância para este fim, principalmente quando consideramos as substâncias legais e socialmente aceitas como a cafeína, o tabaco e o álcool.

Neste contexto, os medicamentos psicotrópicos ganham destaque. Os fármacos benzodiazepínicos, em especial, estão entre os mais prescritos no mundo.

No Brasil, este quadro se reproduz. Diversos estudos vêm relatando o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pela população.

Alguns estudos referem diversos fatores que levam à prescrição inadequada de benzodiazepínicos. Dybwad et al (1996), realizou um estudo que tentou responder a questão sobre por que alguns médicos generalistas são grandes prescritores de benzodiazepínicos. A maioria dos médicos relatou que a prática de prescrever benzodiazepínicos é uma das tarefas mais solicitadas e desconfortáveis que exercem, já que de alguma forma têm um sentimento de estarem praticando algo ilícito. Para justificar o hábito de prescrição, eles transferem a responsabilidade para fatores externos, como outros médicos, pacientes e falta de recursos.

Estes resultados são interessantes, pois apesar do estudo ter acontecido em um país com características significativamente diferentes do Brasil, a prática sugere que os fatores identificados podem ser facilmente inferidos para nossa realidade.

O uso indevido de benzodiazepínicos parece envolver, além dos usuários, os médicos que prescrevem a medicação e os farmacêuticos que a dispensam. A falta de informação e a baixa percepção das conseqüências deletérias do uso indevido de benzodiazepínicos, por estes três personagens (médico, farmacêutico e usuário), somada a uma série de outras questões, parecem ser alguns dos principais fatores que favorecem esse fenômeno.

Aqui, a autora abre um parêntese para falar do que a motivou a realizar este estudo. A autora é médica e coordena o Programa Saúde da Família (PSF), no município de Ilícinea, Minas Gerais. Diante da constatação, pelas equipes de agentes de saúde, do uso indiscriminado de

Benzodiazepínicos por uma grande parcela de habitantes do município, a autora viu a necessidade de entender como se dá a dependência por esses medicamentos?

Portanto, este estudo tem por objetivo compreender a prática de prescrição, dispensação e uso prolongado de benzodiazepínicos, a partir de uma investigação bibliográfica dos principais estudos dentro da literatura sobre o assunto. Estudo este, facilmente justificável, pela necessidade de identificar se ocorrem falhas nos processos de dispensação e/ou prescrição desses medicamentos, que acabam por gerar um grande problema de saúde pública.

## **1. A SAÚDE DA FAMÍLIA**

A reforma sanitária brasileira passou a preconizar princípios democráticos racionalizadores, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma neoliberal. As mudanças ocorridas nas políticas públicas de saúde, posteriormente à constituição de 1988, originaram-se da inclusão segmentada de população diversificada, coberta por distintos benefícios, no que se refere à saúde (CONILL, 2002).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), com os objetivos de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, e substituir os modelos tradicionais, visando melhorar a qualidade de vida da população. Essa estratégia prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de maneira integral e contínua (ALBIERO et al. 2005). Apesar dos avanços políticos e administrativos obtidos, reconhecem-se as dificuldades de adequação do PSF, como modelo de assistência à saúde, aos princípios reformadores com equidade de acesso e integralidade das práticas de saúde (CONILL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde, cada equipe do PSF é responsável pelo atendimento de um número determinado de famílias, caracterizadas como população adstrita da área de abrangência do PSF.

Recomenda-se que cada equipe preste assistência a um grupo de 600 a 1000 famílias, não suplantando o limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 2001).

No tocante à constituição destas equipes, devem ser compostas, no mínimo, por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e, no máximo, por quatro a seis Agentes

Comunitários de Saúde, com variação nesse número, de acordo com a área de abrangência da equipe. O trabalho da equipe deve ser realizado em concordância com as diretrizes do modelo de atenção à saúde, que, dessa maneira é capaz de resolver 85,0% dos problemas de saúde de uma determinada população.

Prestar atendimento de qualidade, prevenir doenças evitando internações desnecessárias e melhorar a qualidade de vida são pontos de grande relevância para a atenção básica, com objetivo de fortalecer a educação em saúde (BRASIL, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a educação em saúde possibilita auxiliar pessoas em grupos, ou individualmente, a observar seu estado de saúde, e a conscientizar dos seus problemas de saúde pessoais, profissionais e sociais. Em vista disto, considera-se imperativo que a população adquira conhecimento e aprenda a melhor maneira de aplicá-lo, visando a preservar a saúde através de sua própria ação (ALBIERO et al. 2005).

As situações da vida moderna, os estudos, o trabalho e as atividades tendem a gerar ansiedade, o que pode advir também de situações conflitantes que ocasionem desgaste, talvez nunca experimentado anteriormente. Estas condições podem acarretar esgotamento físico e mental no indivíduo, facilitando o desencadeamento de processos patológicos. (ALBIERO et al. 2005).

A população, cada vez com maior freqüência, tem tentado resolver seus problemas de competência médica ou não, recorrendo aos serviços oferecidos pelo SUS, e deixa de ter uma visão ampla da saúde individual e coletiva, com seus condicionantes e determinantes sociais e econômicos, acreditando não ser possível enfrentar doenças ou problemas, sem a presença do arsenal terapêutico oferecido pelo sistema médico (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

## **2. OS BENZODIAZEPÍNICOS**

Existem medicamentos que são capazes de atuar sobre a ansiedade e tensão. Estas drogas foram chamadas de tranquilizantes, por tranquilizar a pessoa estressada, tensa e ansiosa. Atualmente, estes tipos de medicamentos são denominados de ansiolíticos, ou seja, que "destroem" (lise) a ansiedade.

Quando falamos de ansiolíticos estamos falando, praticamente, dos Benzodiazepínicos. De longe, os Benzodiazepínicos são as drogas mais usadas em todo o mundo e, talvez por isso, consideradas um problema da saúde pública nos países mais desenvolvidos.

De acordo com Silva (1999, p. 15-28), Bernik, Asbahr e Soares (1991, p. 191-198), os Benzodiazepínicos são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60 em todo o mundo. O Clordiazepóxido foi o primeiro Benzodiazepínico lançado no mercado (1960), cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorrelaxantes. Além da elevada eficácia terapêutica, os Benzodiazepínicos apresentaram baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores estes que propiciaram uma rápida aderência da classe médica a esses medicamentos.

Nos anos posteriores foram observados em diversos países os primeiros casos de uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância, de síndrome de abstinência e de dependência pelos usuários crônicos de Benzodiazepínicos. (OLIVIER; FITZ; BABIAK, 1998, p.483-485). Tais evidências modificaram a postura da sociedade em relação aos Benzodiazepínicos que, do auge do entusiasmo nos anos 70, passou à restrição do uso a partir da década seguinte (FRASER, 1998, p. 481-489). Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso destes medicamentos pela população chegou a atingir 11,1% em 1979, diminuindo para 8,3%, em 1990 (OLIVIER et al, 1998, p.483-485).

O uso prolongado de Benzodiazepínicos, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência (FRASER, 1998; WHO, 1983).

A possibilidade de desenvolvimento de dependência deve sempre ser considerada, principalmente na vigência de fatores de risco para a mesma, tais como uso em mulheres idosas, em poliusuários de drogas, para alívio de estresse, de doenças psiquiátricas e distúrbios do sono (FRASER, 1998; LARANJEIRA; CASTRO, 1999).

Também é comum a observação de overdose de Benzodiazepínicos entre as tentativas de suicídio, associados ou não a outras substâncias (FRASER:, 1998, p.481-489). Órgãos internacionais, como a OMS (Organização Mundial da Saúde) e o INCB (Internacional Narcotics Control Board), têm alertado sobre o uso indiscriminado e o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento.

No Brasil, esse alerta foi reforçado por estudos das décadas de 80 e 90 que mostraram uma grave realidade relacionada ao uso de benzodiazepínicos (NAPPO; CARLINI, 1998; NOTO; CARLINI et al, 2002). Segundo Galduróz et al (1997), no primeiro levantamento domiciliar nacional realizado em 2001, 3,3% dos entrevistados (entre 12 e 65 anos) afirmaram uso de benzodiazepínicos sem receita médica. Em um outro levantamento, com estudantes da rede pública de ensino de dez capitais brasileiras, 5,8% dos entrevistados afirmaram já ter feito uso de ansiolíticos sem prescrição.

No ano de 1999, foi realizado estudo em dois municípios brasileiros, no qual foi analisado um universo de 108.215 notificações e receitas especiais retidas em farmácias, drogarias, postos de saúde, hospitais (NOTO; CARLINI et al, 2002). Esse estudo indicou descuido no preenchimento das notificações e receitas especiais e, inclusive, indícios de falsificações, na forma de prescrições por médicos falecidos e notificações com numeração oficial repetida. Essa realidade indica a necessidade de uma ampla revisão no atual sistema de controle dessas substâncias, bem como do papel dos profissionais de saúde nesse sistema.

## **2.1 Os efeitos dos benzodiazepínicos**

Os benzodiazepínicos são capazes de estimular no cérebro mecanismos que normalmente equilibram estados de tensão e ansiedade. Ultimamente as pesquisas têm indicado a existência de receptores específicos para os Benzodiazepínicos no Sistema Nervoso Central (SNC), sugerindo a existência de substâncias endógenas (produzidas pelo próprio organismo) muito parecidas com os benzodiazepínicos. Tais substâncias seriam uma espécie de "benzodiazepínicos naturais", ou mais precisamente, de "ansiolíticos naturais" (BALLONE, 2005).

Aparentemente o efeito ansiolítico dos Benzodiazepínicos está relacionado com um sistema de neurotransmissores chamado gabaminérgico do Sistema Límbico. De acordo com Ballone (2005), “o ácido gama-aminobutírico (GABA) é um neurotransmissor com função inibitória, capaz de atenuar as reações serotoninérgicas responsáveis pela ansiedade. Os Benzodiazepínicos seriam, assim, agonistas (simuladores) deste sistema agindo nos receptores gabaminérgicos”.

Assim, quando, devido às tensões do dia-a-dia ou por causas mais sérias, determinadas áreas do cérebro funcionam exageradamente, resultando num estado de ansiedade, os benzodiazepínicos exercem um efeito contrário, isto é, inibem os mecanismos que estavam funcionando demais e a pessoa fica mais tranqüila e menos responsiva aos estímulos externos. Como conseqüência desta ação, os ansiolíticos produzem uma depressão da atividade do nosso cérebro que se caracteriza por: diminuição de ansiedade; indução de sono; relaxamento muscular; redução do estado de alerta.

### **2.1.1 efeitos colaterais**

Do ponto de vista orgânico, os benzodiazepínicos são bastante seguros, pois são necessárias altas doses (20 a 40 vezes mais altas que as habituais) para trazer efeitos mais graves. Nessas doses pode haver hipotonia muscular, dificuldade grande para ficar de pé e andar, a hipotensão, perda da consciência (desmaio). Com doses maiores a pessoa pode entrar em coma e morrer.

O principal efeito colateral dos ansiolíticos benzodiazepínicos é a sedação e sonolência, variável de indivíduo para indivíduo e de acordo com a dose do medicamento. Um aumento da pressão intra-ocular teoricamente pode ocorrer, mas, na clínica, trata-se de raríssima observação. “Os efeitos teratogênicos (malformações fetais) são ainda objeto de estudo, porém, tendo em vista sua utilização clínica durante décadas, permite-se uma indicação mais flexível do diazepam durante a gravidez” (BALLONE, 2005).

A prática clínica tem demonstrado que a dependência aos Benzodiazepínicos pode acontecer, mas não invariavelmente. A tendência do paciente em aumentar a dose dos Benzodiazepínicos para obter o mesmo efeito, ou seja, a tolerância parece ser rara. Em relação a isso nota-se, no mais das vezes, uma má utilização da droga. Isto é, em não sendo tratada a causa básica da ansiedade e esta se tornando mais intensa, haverá maior necessidade da droga.

Essa maior necessidade da droga decorrente do aumento da ansiedade não deve, de forma alguma, ser confundida com o fenômeno da tolerância. Aos sintomas de abstinência aos Benzodiazepínicos, embora possa ser possível com alguns deles, o que observa-se com mais

freqüência é o retorno dos sintomas psíquicos que promoveram sua indicação por ocasião de sua retirada. Isso pode, eventualmente, ser confundido com abstinência na expressiva maioria dos casos. Ora, se a situação psicoemocional que determinou a procura da droga não foi decididamente resolvida, mas apenas protelada, então, retirando-se o ansiolítico os sintomas voltarão. Isso não pode ser tomado como síndrome de abstinência.

De acordo com Ballone (2005), em alguns poucos casos, de fato, observamos sintomas de abstinência. Estes ocorrem, predominantemente, com o Clonazepam e Lorazepam. Quando ocorre a síndrome de abstinência ao benzodiazepínico, esta tem início cerca de 48 horas após a interrupção da droga e os sintomas correspondem à ansiedade acentuada, tremores, visão turva, palpitações, confusão mental e hipersensibilidade a estímulos externos.

Ainda segundo Ballone (2005), antes de confirmar o diagnóstico de síndrome de abstinência convém observar, como alertamos, se tais sintomas não são os mesmos que anteriormente levaram o paciente a iniciar o tratamento.

Os casos de dependência aos Benzodiazepínicos relatados na literatura ou constatados na clínica se prendem, na grande maioria das vezes, ao uso muito prolongado e com doses acima das habituais. Há uma tendência atual em se considerar o fenômeno da dependência ao Benzodiazepínico, até certo ponto, mais dependente de traços da personalidade do que de alguma característica da droga.

Antes de se considerar a dependência, pura e simples, deve-se ter em mente que, se o Benzodiazepínico não foi bem indicado e estiver sendo usado como paliativo de uma situação emocional não resolvida, como atenuante de uma situação vivencial problemática, como corretivo de uma maneira ansiosa de viver, enfim, como um "tapa-buracos" para alguma circunstância existencial anômala, então a sua supressão colocará à tona a penúria situacional em que se encontra a pessoa, dando assim a falsa impressão de dependência ou até de síndrome de abstinência.

Tabela 01

<b><i>ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS DISPONÍVEIS NO BRASIL</i></b>	
<b><i>NOME QUÍMICO</i></b>	<b><i>NOME COMERCIAL</i></b>
ALPRAZOLAM	Apraz, Frontal, Tranquinal
BROMAZEPAM	Brozepax, Deptran, Lexotam, Nervium, Novazepam, Somalium, Sulpam
BUSPIRONA**	Ansienon, Ansitec, Bromopirim , Brozepax, Buspanil, Buspar

CLOBAZAM	Frizium, Urbanil
CLONAZEPAM	Rivotril
CLORDIAZEPÓXIDO	Psicosedim
CLOXAZOLAM*	Elum, Olcadil
DIAZEPAM	Ansilive, Calmociteno, Diazepam, Diazepan, Kiatriun, Noam, Somaplus, Valium
LORAZEPAM*	Lorium, Lorax, Mesmerin
* -ansiolíticos usados também como hipnóticos devido a grande sonolência e sedação.	
** - considerado ansiolítico não-benzodiazepínico	

Fonte: Psiqweb – psiquiatria geral

## 2.2 Caracterização do problema

A ansiedade é caracterizada por estado emocional angustiante, acompanhado de alterações somáticas, cardíacas, e/ou respiratórias, em que o indivíduo prevê situações desagradáveis, reais ou imaginárias (FERREIRA, 2001).

Os ansiolíticos, medicamentos surgidos em 1950, tornaram-se drogas amplamente utilizadas para conter a atividade ansiolítica. Agem sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), possuem elevada eficácia terapêutica, mas apresentam riscos de intoxicação, em função da dose utilizada. Classificam-se em Benzodiazepínicos, e Barbitúrico (ORLANDI; NOTO, 2005).

Os Benzodiazepínicos possuem efeito farmacológico de redução da ansiedade, sedação, indução do sono, diminuição do tônus muscular e da coordenação, além de serem anticonvulsivantes. Podem dificultar o processo de aprendizagem e a memória, além de prejudicar as funções psicomotoras. Produzem efeitos tóxicos, se misturados ao álcool, levando, eventualmente, o paciente ao estado de coma.

Se forem utilizados por alguns meses, podem causar dependência química. Os barbitúricos são depressores do SNC, produzem sedação, diminuição da ansiedade, sendo capazes de originar inconsciência e morte por insuficiência respiratória e cardiovascular. Podem deprimir várias áreas do cérebro, produzindo calma e relaxamento. As capacidades de raciocínio e concentração tornam-se alteradas com o seu uso e, por isto, são consideradas drogas perigosas, desde que a dose, capaz de produzir intoxicação, esteja próxima à terapêutica. Ademais, podem também desencadear dependência química (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

O consumo de ansiolíticos tornou-se um problema complexo de saúde pública, uma vez que atinge grande parte da população. Estes medicamentos pertencem ao grupo dos psicotrópicos mais utilizados de forma indiscriminada em todo o mundo. Possuem capacidade de acarretar mudanças comportamentais, causar dependência psíquica e/ou física, resultando, muitas vezes, em complicações pessoais e sociais severas (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Para Adler (2005), alguns quadros de depressão requerem o uso de ansiolíticos ou antidepressivos, visando à melhoria da qualidade de vida do paciente. Porém, o uso indiscriminado destas drogas, o que se verifica no cotidiano, pode somente encobrir as questões existenciais.

No século XX veio à tona o fato de que o ser humano não estava habilitado a vivenciar a angústia da solidão. O projeto do individualismo, passado pelos meios econômicos e pessoais, vem associado a um preço exorbitante, em termos de saúde para a população. Qualquer droga, ilícita ou não, será menos consumida somente quando se priorizam as relações humanas; mas parece que esta lição ainda não foi aprendida pelas autoridades mundiais.

Os Benzodiazepínicos são utilizados nas mais variadas formas de ansiedade e, infelizmente, sua indicação não tem obedecido, desejavelmente, determinadas regras básicas. Os Benzodiazepínicos são ansiolíticos e nada mais que isso, não são antineuróticos, antipsicóticos ou antiinsônia, como podem estar pensando muitos clínicos e pacientes.

A melhor indicação para os Benzodiazepínicos é para os casos onde a ansiedade **não** faça parte da personalidade do paciente, ou seja, para os casos onde a ansiedade tiver um início bem delimitado no tempo e uma causa bem definida. Naturalmente podemos nos valer dos Benzodiazepínicos como coadjuvantes do tratamento psiquiátrico, quando a causa básica da ansiedade ainda não estiver sendo prontamente resolvida. No caso, por exemplo, de um paciente deprimido e, conseqüentemente ansioso, os Benzodiazepínicos podem ser úteis enquanto o tratamento antidepressivo não estiver exercendo o efeito desejável. Trata-se, neste caso, de uma associação medicamentosa provisória e benéfica ao paciente. Entretanto, com a progressiva melhora do quadro depressivo não haverá mais razões clínicas para a continuação dos Benzodiazepínicos e/ou ansiolíticos.

### **3. METODOLOGIA**

O presente estudo utilizou como referencial a metodologia qualitativa, a qual envolve uma amostra relativamente pequena de obras que tratam do tema, mas com um estudo detalhado de cada uma delas, permitindo a avaliação das dinâmicas atuais e do percurso histórico que as antecedeu.

Os autores foram escolhidos pela técnica de bola de neve, ou seja, as primeiras obras sugeriram ou indicaram outras, e assim sucessivamente, até que foi atingido o “ponto de saturação teórico”. O “ponto de saturação” é atingido quando os novos autores estudados começam a repetir os conteúdos já obtidos em obras anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes (WHO, 1994).

### **4. RESULTADOS**

Foram pesquisadas e estudadas dezenove fontes bibliográficas sobre o tema. Sobre o Início do uso e sobre a orientação médica, foi possível perceber que os estudos apontam que usuários podem não estar sendo alertados sobre o tempo total de tratamento no início do mesmo. Além disso, é possível que exista a falta de orientação médica sobre os riscos da terapia com Benzodiazepínicos. Psicólogos e médicos também demonstraram perceber a falha na orientação médica.

Além disso, observa-se também que muitas vezes a indicação inicial do remédio é feita por amigos, vizinhos e/ou familiares. Sugerem que muitos usuários iniciam o uso para evitar dificuldades cotidianas ou traumas pessoais como a perda de um ente querido.

Em relação à função e progressão do uso as pesquisas apontam para duas principais funções para o uso de Benzodiazepínicos: o tratamento dos distúrbios do sono e o tratamento dos transtornos da ansiedade. Foram descritos dois perfis predominantes de usuários. Um deles composto por idosos que buscam o efeito hipnótico da medicação, e o outro composto predominantemente por mulheres de meia idade que buscam efeito ansiolítico.

O fenômeno da tolerância e/ou aumento progressivo da dose foi relatado em várias pesquisas. Além disso, também foi mencionada a substituição entre os Benzodiazepínicos.

Aqui vale destacar alguns fatores a cerca da disponibilidade e aceitabilidade dos Benzodiazepínicos. Um fator que parece favorecer a popularidade dos Benzodiazepínicos é o preço. O baixo custo seria um dos fatores que propiciaria a banalização do uso desses medicamentos.

Verificou-se também a boa aceitação dos Benzodiazepínicos através da imagem positiva conferida ao medicamento pelos usuários crônicos, que enfatizam seus efeitos positivos: relaxa, acalma, proporciona sono restaurador, induz o sono rapidamente.

Os estudos sugerem que os usuários utilizam-se de estratégias para aquisição das drogas, tais como simulação, bajulação, sedução e ameaças. A principal estratégia é a aquisição de receita junto a médicos amigos ou familiares, além de solicitação de receita a médicos diferentes (alternadamente).

Os estudos relatam, sobre a dispensação, a constante solicitação de medicação sem receita apropriada nas farmácias e drogarias.

Outro ponto fundamental a ser criticado em relação ao estudo bibliográfico, diz respeito à formação dos profissionais, onde se constata que ao longo da graduação em medicina existem falhas no que diz respeito à prescrição de Benzodiazepínico. Essa desinformação resultaria tanto em subprescrição, pelo temor em relação aos efeitos da medicação quanto em superprescrição pelo desconhecimento dos riscos que acompanham o uso do remédio.

Por fim, é necessário falar sobre o sistema de controle. Irregularidades de prescrição e dispensação são uma máxima quando o assunto são os Benzodiazepínicos. De uma maneira geral,conclui-se que é importante controlar a dispensação dos Benzodiazepínicos, até porque, além do risco de dependência associado ao uso crônico da medicação, há o risco de intoxicação letal pelo medicamento. No entanto, a maioria deles acha que entre os principais problemas estão: 1) a má indicação clínica; 2) a desinformação do médico e 3) a falta de conscientização tanto da parte do médico quanto do farmacêutico.

## 5. DISCUSSÃO

Este estudo confirma a ocorrência de uso indiscriminado de Benzodiazepínicos. Existem dois perfis principais de usuários crônicos de Benzodiazepínicos descritos: um deles composto por idosos, que buscam principalmente o efeito hipnótico da medicação, e o outro composto por indivíduos de meia idade, predominantemente do sexo feminino, que buscam o efeito ansiolítico. Essas categorias também são apresentadas em estudos internacionais por Yanmei (1996), King (1994) e Bernick (1999).

As falhas no processo de dispensação dos Benzodiazepínicos são confirmadas por outras pesquisas Nacionais (NOTO, 2002). Porém, os usuários entrevistados negaram a utilização de estratégias ilegais de obtenção da medicação nas drogarias. Embora o grupo de usuários precisasse ser ampliado para verificar tais conclusões, este dado sugere que o usuário indevido seja, na verdade um paciente desinformado, que mantém o uso crônico do BDZ legitimado pela falta de preparo do médico.

No que diz respeito à classe médica, o presente estudo confirma a prescrição médica como fator de grande importância na manutenção do uso crônico de Benzodiazepínicos. A prescrição médica indiscriminada também tem sido observada em outros países. Em um estudo domiciliar realizado na China, envolvendo 3.000 famílias, foram encontrados 107 dependentes de Benzodiazepínicos, dos quais 91,6% adquiriam medicação através de prescrição médica (YANMEI, 1996). Outro estudo, sobre as características sociodemográficas de usuárias crônicas de Benzodiazepínicos em Valência, na Espanha, o clínico geral foi prescritor regular de Benzodiazepínicos em até 100% dos casos (SOBRECASES, 1997).

Esta pesquisa também indica a carência de informação por parte dos usuários a respeito dos efeitos adversos ocasionados pelos Benzodiazepínicos. Estudos realizados em outros países também sugerem a relevância desta questão. Em uma pesquisa conduzida na Áustria, em que foram entrevistados pacientes internados que faziam uso de Benzodiazepínicos, apenas 2% consideraram suficientes as informações providas pelo prescritor, enquanto 66% negaram ter recebido qualquer informação (LENHART, 2001). A falta de esclarecimento parece facilitar a cronificação do uso, à medida que o usuário não avaliaria os riscos aos quais se submete.

No Brasil, a baixa percepção de risco pela população também tem suas raízes na carência de debate social sobre a questão nos meios de comunicação, que privilegiam apenas o cenário das drogas ilícitas como problema.

Além disso, entre os psicotrópicos, os benzodiazepínicos figuram como medicamentos com razoável margem de segurança e inegável eficácia, o que justifica sua popularidade junto aos médicos e à população leiga (BERNICK, 1999).

Apesar da segurança oferecida pelos Benzodiazepínicos, observa-se na literatura a recomendação preferencial de outras intervenções que não a prescrição de Benzodiazepínicos para o tratamento ou alívio sintomático de estado ansioso e de insônia. São recomendados agentes farmacológicos não pertencentes à classe dos Benzodiazepínicos, bem como intervenções psicoterápicas ou a combinação de ambos (LARANJEIRA, 2001).

Essa realidade não vem dispendo de qualquer respaldo junto às políticas de promoção de saúde. Isso aponta para a necessidade de melhor formação e atualização dos profissionais, assim como de informação dos usuários, medidas de prevenção primária, que poderiam resultar em grande impacto social a um baixo custo. Neste cenário, não apenas a classe médica, mas os profissionais de saúde em geral como enfermeiros, psicólogos, agentes comunitários e farmacêuticos, poderiam ser alvo de tais medidas, já que está em posição privilegiada para alertar sobre os riscos e monitorar o uso destes medicamentos junto à população.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O uso indevido de Benzodiazepínicos parece envolver, além dos usuários, os médicos que prescrevem a medicação e os farmacêuticos que a dispensam. A falta de informação e a baixa percepção das conseqüências deletérias do uso indevido de Benzodiazepínicos, por estes três personagens (médico, farmacêutico e usuário), somada a uma série de outras questões discutidas neste estudo, parecem ser alguns dos principais fatores que favorecem esse fenômeno. As falhas no sistema de controle, apesar de ocorrerem, não parecem ser os principais fatores. Dessa forma, intervenções no sentido não apenas de controlar, mas de informar médicos, farmacêuticos,

enfermeiros e pacientes, parecem ser as formas de atuação mais promissoras frente a essa realidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, A. Depressão. Aspectos psicológicos da enfermidade, junho, 2005. Disponível em: <[http:// www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br)>. Acesso em: set. 2009.

ALBIERO, F. G.; BISS, P. C.; BORGES, M. F.; DECKER, D.; LAUER, M. R. PFAU, L.; SCHLÜTER, K. G. Utilização freqüente de ansiolíticos e antidepressivos, no PSF João Maria em Blumenau: O Combate pela Fisioterapia Preventiva. Revista de Fisioterapia da FURB. Blumenau, v. 2, n.1, p. 1-16, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: set. 2009.

BALLONE, GJ, ORTOLANI, IV - *Psicofarmacologia para Não Psiquiatras, Ansiolíticos*, in. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://www.psiqweb.med.br>> 2005. Acesso em out. 2009.

BERNIK, M.A; ASBAHR, F.R; SOARES, M.B.M; SOARES, C.N. Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos. J Bras Psiq 1991; 40(4):191-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 125.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas para prescrições e vendas de psicofármacos. Portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde N. ° 344. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, 1998. p. 152.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. Estudos de Psicologia, Natal, v. 9, n. 1, p. 1-3, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: set. 2009.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 18, p. 1-3, out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: set. 2009.

DYBWAD, T.B. et al, 1996. Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway, *Family Practice*, v. 14, n. 5, pp. 361-358.

FRASER AD. Use and abuse of the benzodiazepines. *Ther Drug Monit* 1998 Oct; 20(5):481-9.

GALDURÓZ, J.C.F; NOTO, A.R; CARLINI, E.A. IV Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus de 10 capitais brasileiras – 1997. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia - UNIFESP - EPM; 1997.

KING, MB. Long-term benzodiazepine users - a mixed bag. *Addiction*. 1994; 89:1367-70.

LARANJEIRA, R; CASTRO, L.A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: Bernik MA editor. *Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência*. São Paulo (SP): Edusp; 1999, p. 187-98.

LENHART, SE. BUYASSE, DJ. Treatment of insomnia in hospitalized patients. *Ann Pharmacother* 2001; 35(11):1449-57.

NAPPO, S; CARLINI, E.A. Preliminary findings: consumption of benzodiazepines in Brazil during the year 1988 and 1989. *Drug alcohol Depend*. 1993; 33:11-7.

NOTO, A.R; CARLINI, E.A; MASTROIANNI, P.C; ALVES, V.C; GALDURÓZ, J.C.F; KUROIWA, W. et al. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. *Rev Bras Psiq* 2002; 24(2):68-73.

OLIVIER, H; FITIZ, Gerald, MJ; BABIAK, B. Benzodiazepines revisited. *J La State Med Soc* 1998 Oct; 150(10):483-5.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chaves no município de São Paulo. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 13, n. especial, p. 896-902, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: set. 2009.

SILVA, JA. História dos Benzodiazepínicos. In: Bernik MA, editor. *Benzodiazepínicos, quarto décadas de experiência*. São Paulo (SP): Edusp; 1999. p. 15-28.

SOBRECASES, BS. GONZALEZ, AL. MARTÍNEZ, FJ. VARELA, MMS. Sociodemographic characteristics of female habitual benzodiazepine consumers in the catchment area of a health care center. *Scand J Soc Med* 1997; 3:176-9.

WHO. Review Group. Use and abuse of benzodiazepines. *Bull World Health Org* 1983; 61:551-62.

WHO. World Health Association. *Qualitative Research for health programmes*. Division of Mental Health. Geneva: WHO; 1994.

YANMEI, W. ZHENBO, L. et al. An epidemiological survey on use and abuse of antianxiety drugs among Beijing residents. *Chinese Med J* 1996; 109(10):801- 6.