

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**GUILHERME FELIPE PEREIRA VALE**

**O USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS: UMA ANÁLISE  
CRÍTICA DAS PRÁTICAS DE PRESCRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS**

**2011**

GUILHERME FELIPE PEREIRA VALE

**O USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS: UMA ANÁLISE  
CRÍTICA DAS PRÁTICAS DE PRESCRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

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.

Orientadora: Marília Rezende da Silveira

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2011

GUILHERME FELIPE PEREIRA VALE

**O USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS: UMA ANÁLISE  
CRÍTICA DAS PRÁTICAS DE PRESCRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

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.

Banca examinadora:

Profa. Marília Rezende Da Silveira – Orientadora

Prof. Antônio Thomaz Gonzaga Da Matta Machado – Examinador

Aprovado em Conselho Lafaiete, em 03/03/2012

*Dedico este trabalho à todas as pessoas que necessitam  
do uso consciente e responsável dos BZDs.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente, à minha Equipe de Saúde da UAPS Senhora das Dores – Barbacena-MG, que sempre estiveram ao meu lado, pois sem a colaboração delas nada disso seria possível.

Aos amigos que fiz durante todo o curso e principalmente aos Tutores Lizziane D'Ávila Pereira e Max André dos Santos, Orientadora Marília Rezende da Silveira e ao Carlos Eduardo Leal Vidal pelo valioso apoio, incentivo e amizade que me proporcionaram durante todo esse período.

Agradecimentos especiais à minha noiva Angélica Paiva e minha família que sempre me apoiaram durante toda trajetória da Especialização.

**“Quando recebemos um ensinamento devemos receber como um valioso presente e não como uma dura tarefa. Eis aqui a diferença que transcende.”**

Albert Einstein

## RESUMO

Os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais prescritas do mundo. Apesar de não haver evidências de epidemia de uso ou abuso, percebe-se um consumo substancial desses produtos entre os usuários de serviços de saúde. Em virtude da ampla margem de segurança oferecida, os benzodiazepínicos são empregados muitas vezes de forma indiscriminada, para além de suas indicações terapêuticas e por tempo prolongado, o que pode favorecer o desenvolvimento de dependência. Neste trabalho procurou-se verificar, a partir de uma investigação bibliográfica, os principais estudos dentro da literatura sobre o uso excessivo e indiscriminado dos benzodiazepínicos na atenção primária em saúde, selecionando artigos no período de 1990 a 2011. Os resultados apontam que há uma maior prevalência deste uso na população feminina e em países em desenvolvimento, primeira prescrição por médicos clínicos e não por psiquiatras e a falta de informação dos mesmos sobre os efeitos colaterais dessas medicações. São discutidos alguns critérios para uma prescrição mais racional desses fármacos, evitando-se os possíveis riscos de dependência e síndrome de abstinência.

Palavras chave: benzodiazepínicos, atenção primária, dependência e prescrição

## **ABSTRACT**

Benzodiazepines are among the most prescribed drugs in the world. Although there is no evidence of epidemic of use or abuse, we find a substantial consumption of these products among users of health services. Because of the wide margin of safety provided, benzodiazepines are often used indiscriminately, beyond to its therapeutic indications and for a long time, which may favor the development of dependence. In this work we have investigate, through a literary review, the major studies about the excessive and indiscriminate use of benzodiazepines in primary health care, selecting papers between 1999 to 2011. The results amains there is a higher prevalence of use among the female population and in developing countries, the first prescription by clinicians and not psychiatrists, and even lack of information about the collateral effects of these medications. We discuss some criteria for a more rational prescription of these drugs, avoiding the possible risks of dependence and withdrawal syndrome.

**Keywords:** Benzodiazepines, primary health care, dependence, prescription.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 OBJETIVO</b>	14
<b>3 METODOLOGIA</b>	15
<b>4 RESULTADOS</b>	16
<b>5 DISCUSSÃO</b>	21
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	25
<b>REFERÊNCIAS</b>	26

## 1 - INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica no Brasil é um processo contemporâneo que data nos anos 70 em favor das mudanças dos modelos de atenção em saúde. Como história desta reforma, convivemos no início da década de setenta com uma crítica contundente ao modelo hospitalocêntrico. Amarante (1995) mostra que houve a partir da década de 1980 uma mudança radical, se considerada a forma como eram representados e percebidos os loucos, como esses eram tratados do ponto de vista dos direitos e da assistência nas instituições psiquiátricas brasileiras, que começou a transformar as práticas assistenciais para lidar com o usuário dos serviços da Saúde Mental.

Essas mudanças, no bojo do processo de democratização, acumularam legitimidade nos anos subseqüentes, por meio da realização de eventos que questionavam o modelo hegemônico da assistência à Saúde Mental, até então centrado na assistência médica hospitalar. Entre esses eventos, o marco da democratização no setor da saúde foi a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde/1986, que contou com a participação de diversos segmentos sociais e políticos, representando um importante evento político-sanitário e contribuiu para fazer emergir um projeto orgânico de reordenamento do setor de saúde, consubstanciado no Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1986).

Em 1987, aponta-se o surgimento do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil, na cidade de São Paulo e a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) com a constituição de 1988. Em um segundo momento a partir de 1992 começa a implantação da rede extra-hospitalar, e é neste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental junto a Reforma Psiquiátrica começa a ganhar contornos mais definidos. Então somente em 2001 após a Lei Federal 10.216 há um redirecionamento da assistência à saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005). Para viabilizar a Reforma Psiquiátrica, diferentes estratégias surgem no âmbito nacional e muitas ainda se encontram em construção. Em linhas gerais, citam-se os CAPS, reconhecidos e legitimados como locais de referência e de tratamento para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, cuja gravidade justifica a permanência junto a um dispositivo de cuidado intensivo e humanizados (BRASIL, 2002). Os CAPS têm o papel de coordenar a rede de atenção em Saúde Mental e apoiar a gestão, desenvolvendo atividades básicas, tais

como: atendimento psicoterápico, tratamento medicamentoso, atendimento à família, atividades comunitárias, suporte social, desenvolvimento de oficinas culturais, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial. Apresentam-se como serviços abertos, em que o usuário não perde o vínculo com a sua família e o seu território (BRASIL, 2002).

Em meio a essa reforma, o Programa Saúde da Família deu início em 1994 e é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. (BRASIL, 2011).

Contudo, nem sempre a Atenção Primária apresenta condições para dar conta da importante tarefa de cuidar da saúde mental, por esta razão, o Ministério da Saúde vem tentando solucionar estes problemas, afinal grande parte das pessoas com algum transtorno mental esta sendo atendida efetivamente pela atenção primária.

Seguindo a lógica de equipes multiprofissionais, em 2008 foi criado também o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dentre eles o médico psiquiatra que irá compartilhar suas práticas de saúde na atenção primária. Foi entendido também nesta lógica que os profissionais de saúde mental devem compartilhar casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjunta de casos, intervenções conjuntas junto às famílias ou em atendimento conjunto e também na forma de supervisão e capacitação. (BRASIL, 2005).

Nesse modelo de atenção os pacientes não são mais tratados como números de prontuários, eles passam a ser tratados como cidadãos com biografia particular, com

território existencial e geográfico conhecido. Por isso, a ESF é considerada como um dos dispositivos fundamentais para as práticas de saúde mental. (RIBEIRO et al.,2010).

Desta forma houve uma melhora da atenção em saúde mental ligada diretamente na atenção primária em saúde, com apoio psiquiátrico e psicológico, com grupos de auto-ajuda, e apoio aos clínicos das unidades de ESF para transtornos mentais maiores. Com isso evidencia-se uma maior preocupação com prescrições indevidas, sem indicação precisa como ocorrem com os benzodiazepínicos, onde vários estudos feitos no Brasil e outros países já demonstraram.

Sabe-se, no entanto, que 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.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) atualmente, sabe-se que os benzodiazepínicos (BDZ) representam 85% das vendas de psicotrópicos, detendo aproximadamente 5,8% do mercado mundial e 3,8% do mercado brasileiro de medicamentos.

Os primeiros BDZs foram sintetizados em meados da década de 1950. Além da eficácia terapêutica, o principal motivo responsável pelo sucesso dos BDZs talvez tenha sido a segurança em seu uso, pois houve um ganho enorme no índice terapêutico se comparado aos medicamentos disponíveis anteriormente. Portanto, não causa surpresa seu uso na medicina geral, assim como na psiquiatria, ter aumentado significativamente nos vinte anos subsequentes ao seu lançamento. Tornava-se, no entanto, evidente que, apesar de sua eficácia e segurança, os BDZs poderiam causar problemas de dependência e abstinência em certos pacientes devido ao seu uso crônico.

Com o passar do tempo os psicotrópicos tem diminuído as internações e tempo de permanência em hospitais psiquiátricos. Para os profissionais de saúde, esses medicamentos significam novas perspectivas terapêuticas, aprimorando o tratamento dos distúrbios mentais e seu manejo. (TANCREDI, 1986).

Segundo Salzman (1990), os BDZ surgiram para tratamento da ansiedade e insônia e após isso, usados em outras doenças psiquiátricas como adjunto ao tratamento; Paprocki (1990) acrescenta que o aumento do uso destes fármacos se dá pelo aumento do estresse da população, pressões da indústria farmacêutica e hábito de prescrição inadequada por parte dos médicos.

O uso de benzodiazepínicos em altas doses e por tempo prolongado pode levar o paciente a desenvolver tolerância, dependência e até mesmo reações de abstinência quando da sua retirada (ORLANDI, NOTO, 2005). Este aumento então veio muitas das vezes pelo uso indiscriminado pelos médicos com prescrições imprecisas e perpetuadas. (KAN, 2004). Por essas evidências a sociedade mudou a sua postura que após o auge das prescrições nos anos 70 passou a restringir o uso dos BDZ. (FRAZER, 1998).

No Serviço Público de Saúde em Barbacena/MG na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Senhora das Dores, tem sido observado um elevado consumo dos BDZs, o que vai de encontro com a literatura. Muito desses pacientes em uso crônico e sem indicação precisa. Com essa revisão da literatura pretende-se agregar um melhor embasamento na questão para melhor lidar com o problema e poder ajudar de forma concisa e mais eficiente os pacientes dessa área de abrangência, trazendo também essa idéia para as demais equipes de atenção primária do município de Barbacena.

## **2- OBJETIVO**

Compreender a prática de prescrição, dispensação e uso prolongado de benzodiazepínicos, na atenção primária em saúde da família no Distrito Senhora das Dores – Barbacena/MG, a partir de uma investigação bibliográfica dos principais estudos da literatura sobre o assunto.

### **3 - METODOLOGIA**

A revisão literária foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica pela revisão narrativa que de acordo com Tavares (2010) é apenas uma avaliação, não sistematizada, de algumas publicações sobre o tema escolhido, podendo incluir artigos, livros, dissertações, teses e publicações leigas. Apresenta um grave viés de seleção uma vez que o autor não utiliza de nenhum método ou critério para incluir ou excluir as publicações em sua análise. Os dados foram coletados nas bases SCIELO, MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), consulta no Google acadêmico, biblioteca virtual NESCON. Artigos relacionados e referências dos artigos selecionados também foram considerados. O período da revisão foi de 1990 a 2011, porém foi considerado um artigo de 1986 por considerar seu conteúdo importante para a revisão. Foram considerados artigos em português, inglês e espanhol.

Os descritores utilizados foram: benzodiazepínicos, atenção primária, dependência e prescrição.

#### 4- RESULTADOS

Foram encontrados 28 artigos sobre o tema revisado sendo 2 deles em espanhol e 5 na língua inglesa. Destes, 1 artigo trazia informações sobre PSF E NASF, 1 sobre a portaria 344 ANVISA, e outro sobre reforma psiquiatria no Brasil.

Alguns dos artigos utilizados nesta revisão, estão listados no quadro1.

**QUADRO1**

<b>Título do artigo</b>	<b>Autor e ano</b>	<b>Objetivos do estudo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados</b>
Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais	NORDON, D.G; HUBNER, C.V.K; 2009	Verificar como são prescritos os BDZ pelos clínicos gerais	Foi realizada revisão da literatura	O ideal seria que a prescrição inicial fossem realizadas por psiquiatras ou que pelo menos os clínicos fossem melhor preparados para lidar com esse problema.
Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos	AUSCHESWSK I L. et al. 2004	Estudo dos efeitos colaterais dos benzodiazepínicos	Aplicação de questionário sobre o tema para as pessoas objeto do estudo	As orientações sobre os efeitos colaterais não foram bem aplicadas pelos profissionais médicos prescritores
Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiências	BERNIK,M.A.; 1999	Livro sobre a experiência com benzodiazepínicos	Estudo da literatura sobre o	Os resultados apontam para estudos de 4 décadas de

		s	tema	experiências com BDZ, como interação medicamentosa, eficácia em inúmeros transtornos neuropsiquiátricos .
Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária	NORDON, D.G. et al. 2009	Observar o padrão de uso de BDZ por mulheres em uma UBS.	Entrevista em pacientes maiores de 18 anos de Sorocaba (SP)	O estudo mostra maior porcentagem de mulheres em uso de BDZ em uma UBS de Sorocaba-SP
Dependencia a benzodiazepinas em um centro de atención primaria de salud: Magnitud Del problema y orientaciones para El manejo integral.	OLIVEIRA, M.V. 2009	Avaliar a dependência por BDZ e as orientações sobre o manejo dos mesmos pelos profissionais prescritores.	Estudo descritivo utilizando para o uso de BDZ por 1081 pacientes atendidos pelo programa de saúde mental.	A dependência de BDZ é um problema de saúde pública e os mesmo são prescritos na maioria das vezes por Clínicos. Foi relatado inadequada indicação dos BDZ por estes profissionais e falta de conhecimento dos efeitos indesejados dos

				mesmos.
Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : <b>15 anos depois de Caracas</b>	BRASIL, Ministério da Saúde, 2005	Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental.	N/A	O documento trás informações sobre a reforma psiquiátrica no Brasil.
Prescrição de benzodiazepínicos em centro de atenção primária à saúde na cidade de Florianópolis.	MEDEIROS, P.V. 2004	Avaliar a prevalência de uso de BZD em atenção primária à saúde.	Pacientes de um posto de saúde de Florianópolis	No estudo o predomínio de BZD foi o Diazepam e consumo pelo sexo feminino, apenas 3 usuários tiveram o BDZ prescritos por psiquiatra e indício de cronicidade de uso dessas medicações.
O perfil de idosos em uso de benzodiazepínicos de uma equipe de atenção	FILHO, N.M.A. 2011	Analisar as características e os fatores associados à utilização de BDZ	Realizou-se uma análise secundária dos dados obtidos de todos os	De 458 idosos assistidos pela equipe 8,47% utilizavam BDZ, sendo a maioria de mulheres

primária à saúde.		dentre os pacientes idosos de uma equipe de saúde da família de Belo Horizonte-MG	idosos residentes na área de abrangência da equipe e que faziam uso de BDZ	72,5%. O fármaco mais utilizado foi o Diazepam, 20% utilizavam por mais de 20 anos, medicação muitas vezes mantidas pelo médico de família com insucesso na retirada.
-------------------	--	---	--	---

Os artigos revisados tiveram temas relevantes e muito interessantes para o estudo proposto, como:

- Abuso/dependência de drogas como os BDZ;
- Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos.
- Prescrição de BDZ por médicos clínicos;
- Utilização dos benzodiazepínicos na atenção primária;
- O uso e correlação do uso de benzodiazepínicos por mulheres idosas ou não, onde se insere maior prevalência.

Os resultados desta revisão da literatura, a despeito de suas limitações, contribuem para um maior conhecimento sobre o uso dos benzodiazepínicos na atenção primária em saúde.

Após análise dos artigos, percebe-se uma maior prevalência de uso dos BDZ na população feminina, e em países em desenvolvimento devido aos problemas sociais enfrentados pelos mesmos. Algumas medidas de apoio a esses pacientes como lazer, convívio social e atividades em grupo diminuem essa prevalência.

O uso de forma continuada e muitas vezes sem critério clínico bem definido aumentam os problemas relacionados a este uso como tolerância, dependência e até mesmo reações de abstinência quando da sua retirada.

Pode-se inferir que muitos médicos não dominam o uso dos BDZ, muitos não explicam seus pacientes como usar, por quanto tempo usar e seus possíveis efeitos colaterais.

Outra questão vista nos artigos estudados é que a maioria dos profissionais já prescreve algum benzodiazepínico mesmo antes de se tentar alternativas, como psicoterapias, terapias comportamentais, uso de fármacos que não são os BDZ e até mesmo grupos operacionais em ESF para auto-ajuda.

## 5- DISCUSSÃO

Para os profissionais de saúde, esses medicamentos significam novas perspectivas terapêuticas, aprimorando o tratamento dos distúrbios mentais e seu manejo (TANCREDI, 1986).

Como os transtornos de origem psicológica ou psicossocial na maioria das vezes têm seu primeiro atendimento na atenção primária e pelo clínico geral, se neste momento forem prescritos BDZ de forma incorreta ou arbitrária podemos então estar começando um ciclo de prescrições de longa duração sem necessidade e levando ao paciente o risco dos problemas relacionados. Frente a isso o ideal seria que a prescrição inicial fosse realizada por psiquiatras ou que pelo menos tais médicos fossem melhor preparados para lidar com esse problema. (NORDON, 2009)

Com o uso continuado, no entanto, as prescrições de BDZ foram se tornando questionadas, pela grande capacidade dessas drogas gerarem dependência e tolerância aos seus usuários, na maioria das vezes potencializadas e perpetuadas por indicações imprecisas, manutenção de prescrição por parte dos médicos, além de aumento da dose pelo próprio paciente, gerando forte necessidade psicológica pelo medicamento e tolerância (KAN, 2004).

Além disso, órgãos internacionais como a OMS, têm alertado para o uso indiscriminado dos BDZ, sobretudo em países em desenvolvimento, que passam por maiores transformações sociais. (FILHO, 2011). Diversos estudos demonstram que as mulheres apresentam maior índice de uso dessas medicações e em posse dessa informação devemos estar mais atentos a essa população e nas suas necessidades para que possamos dar um melhor aporte às mesmas e evitando tratamentos incorretos que possam levá-las a esse uso excessivo de BDZ sem critério. (HERRERA, 2002; NORDON, 2009; ORLANDI, 2005; HUF, 2000; FIRMINO, 2011; RIBEIRO, 2007).

Segundo estudos, a orientação médica sobre os efeitos colaterais dos BDZs aos pacientes é fraca e isso pode ajudar no aumento do uso indiscriminado. (COELHO, 2006; AUCHEWSKI, 2004). O uso de BZD tem sido responsabilidade de toda classe médica e seu uso indiscriminado no passado levou a um número enorme de pacientes com dependência (World Health Organization, 1996 apud COELHO et al., 2006). Devemos conhecer bem os problemas que os mesmos podem trazer aos usuários para podermos

melhorar o seu controle e melhor orientar os pacientes sobre seus efeitos adversos que segundo Coelho (2009, p.198) os mais importantes são:

**1. Efeitos colaterais:**

Como qualquer medicamento, podemos encontrar efeitos adversos, como fraqueza, náuseas e vômitos, dores abdominais, diarreia, dores articulares, dores torácicas, além de incontinência urinária. Reações que devem ser bem conhecidas pelo médico pela orientação e esclarecimento do paciente.

**2. Efeitos paradoxais:**

Efeitos contrários aos desejados podem ocorrer em alguns pacientes, como ansiedade, pesadelos, taquicardia, alucinações, alteração do comportamento. Quando presentes tais efeitos, o medicamento deve ser suspenso.

**3. Tolerância:**

É a diminuição do efeito inicial atingido por um medicamento após algum tempo de uso na mesma dose. É comum dentre os ansiolíticos benzodiazepínicos com necessidade de escalonamento da dose para manutenção do efeito desejado.

**4. Dependência:**

Dependência se caracteriza por uma série de sintomas e sinais desagradáveis após a suspensão abrupta do uso de qualquer substância. É comum em pacientes em uso de benzodiazepínicos, mesmo em doses baixas e em pouco tempo de uso.

**5. Abuso:**

Abuso de benzodiazepínicos é comum quando pacientes aumentam a dose recomendada ou o medicamento é usado sem orientação médica. Fatores associados, como características pessoais, condições sociais e profissionais, bem como distúrbios psiquiátricos podem favorecer o abuso.

**6. Insônia de rebote:**

A piora da qualidade do sono com diminuição ou retirada do medicamento é presenciada na prática clínica. A insônia pode ser explicada pela diminuição de benzodiazepinas endógenas e pelo uso crônico de benzodiazepínicos. Provavelmente haveria uma diminuição da sensibilidade dos receptores secundários com a retirada abrupta do agonista endógeno.

#### **7. Acidentes:**

Pacientes idosos em uso de ansiolíticos e hipnóticos benzodiazepínicos possuem maior risco de quedas e conseqüente fratura de fêmur.

#### **8. Risco cardiovascular:**

O uso crônico de benzodiazepínicos aumenta o risco de eventos coronarianos e de doenças cerebrovasculares.

#### **9. Risco respiratório:**

Em pacientes idosos o uso de benzodiazepínicos pode induzir a um maior risco respiratório. É bem estabelecida a correlação de risco aumentado de óbito em pacientes com síndrome da apnéia do sono e uso de benzodiazepínicos. O paciente idoso, por possuir uma menor complacência das vias aéreas, apresenta maior chance de complicação.

Pessoas menos informadas acabam recorrendo ao uso de medicamento para, muitas vezes, resolver problemas psicossociais que podiam ser solucionados de outra forma. Para Medeiros, 2004 os pacientes devem ser informados desses efeitos colaterais e principalmente a não realizarem tarefas que podem expô-las a acidentes como operar máquinas e conduzir automóveis.

A facilidade na aquisição de medicamentos no mercado farmacêutico brasileiro, muitas vezes de medicações com obrigatoriedade da prescrição médica também ajuda e facilita o uso inapropriado e indiscriminado. Foi visto em alguns levantamentos e estudos no Brasil e outros países como o Chile o uso de BDZs sem receita médica (GALDUROZ et al., 1997; Oliveira, 2009). Em outro estudo em 1999 foi indicado preenchimento das notificações e receitas especiais inadequados, indícios de falsificação. (NOTO et al., 2002). Perante este problema vemos a grande necessidade de um melhor controle dessas substâncias. Para

solucionar ou pelo menos diminuir estes problemas a ANVISA/Ministério da Saúde adotou medidas como aprovação do regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, onde estão incluídos os Benzodiazepínicos através da Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998.

Há em Senhora das Dores correlação com a literatura, pacientes em uso crônico de BDZ, muitas vezes sem critério clínico de prescrição e nem retirada do mesmo, outras vezes prescrições forçadas pelo próprio paciente porque o amigo ou vizinho usa. Pela falta de critério clínico adequado, nos deparamos com pacientes desenvolvendo tolerância, dependência e até mesmo abstinência, entre outros problemas provocados pela medicação, como quedas e conseqüentemente fraturas em idosos o que vai de encontro com a literatura. Esta revisão irá nos auxiliar a tomar melhores condutas para enfrentar o problema.

Conclui-se através desta revisão a importância em tomar providências; e soluções imediatas para o problema; Trabalhar para uma melhor proximidade dos profissionais de saúde mental com a ESF, e se não for possível um primeiro atendimento com o psiquiatra e sim com clínicos gerais, que estes possam estar mais bem preparados em relação a transtornos mentais que são passíveis ou não de prescrição de benzodiazepínicos, que os mesmo saibam indicar e orientar melhor seus pacientes quanto ao uso, tempo de uso e possíveis efeitos danosos à saúde; Para isso médicos clínicos podem se atualizar melhor participando do PEP (Programa de Ensino Permanente) para os médicos onde os mesmos podem melhorar sua prática clínica onde se sentem menos confortáveis.

Este trabalho ajudou muito a melhorar os conhecimentos que circundam o uso dos benzodiazepínicos dando início à melhora da prática profissional na atenção primária na equipe de saúde de Senhora das Dores, podendo assim oferecer segurança aos pacientes e melhores condições de vida aos mesmos.

Por fim é importante lembrar que o uso de medicamentos como os benzodiazepínicos é um capítulo muito especial dentro do contexto da Saúde da Família e que por isso deverá sempre ser estudado e questionado sua prática de uso.

## 6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo confirma a ocorrência de uso indiscriminado de Benzodiazepínicos na população estudada. 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.

Indica ainda a carência de informação por parte dos usuários a respeito dos efeitos adversos ocasionados pelos Benzodiazepínicos. Pode se inferir que a falta de esclarecimentos sobre o uso inadequado dessa medicação pode facilitar a cronificação do uso, à medida que o usuário não avaliaria os riscos aos quais se submete.

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, 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 para impactar nessa realidade.

## REFERÊNCIAS

AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.26, nº1. São Paulo, março de 2004.

BERNICK, M.A. et al. Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiências. São Paulo – SP – **EDUSP**, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB (<http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php#saudedafamilia>) acesso em 10/09/2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 1º de fevereiro de 1999. Disponível em [http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm). Acesso em 25 de outubro de 2011.

\_\_\_\_\_. Reforma Sanitária Brasileira, 8ª conferência Nacional de Saúde, 1986.

COELHO, F.M.S. et al. Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. Revista Brasileira de Medicina, **Revista Pediatria Moderna**, p. 196-200, 2006.

FILHO, N.M.A. O perfil de idosos em uso de benzodiazepínicos de uma equipe de atenção primária à saúde, 2011.

FIRMINO, K.F. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 27(6): 1223-1232, junho de 2011.

FRASER, A.D. Use and abuse of benzodiazepines. **Drug Monit** 1998 Oct; 20(5): 481-9.

GALDUROZ J.C.F. et al. 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 Psicologia – UNIFESP – EPM; 1997.

GALLEGUILLOS, T.U. et al. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. **Revista Médica de Chile**. v.131 n°5, Santiago, maio 2003.

HERRERA, L.S. et al. Utilización de benzodiazepinas em La Atención Primaria de Salud. **Rev. Cubana Med. Gen. Integr.**, 2002.

HUF, G.; LUPES, C.S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Caderno de Saúde Pública**. v.16, n°2. Rio de Janeiro, abr./jun. 2000.

KAN C.C. et al. Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach. **Compr. Psychiatry**, v.45: p.88-94, 2004.

MARVIN, S.M.D. et al. Benzodiazepine Anti-anxiety Agents: Prevalence and Correlates of Use in a Southern Community. **American Journal of Public Health**. v.81, n°5, maio 1991.

MEDEIROS, P.V. Prescrição de benzodiazepínicos em Centro de Atenção Primária à Saúde da cidade de Florianópolis, 2004.

NORDON, D.G. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.31, n°3. Porto Alegre, setembro/dezembro de 2009.

NORDON, D.G.; HUBNER, C.V.K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Centro de Ciências Médicas de Biológicas de Sorocaba**, 2009.

NOTO A.R. et al. Análise em dois municípios de Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2002; 24(2): 68-73.

OLIVEIRA, M.V. Dependencia a benzodiazepinas em um centro de atención primaria de salud: Magnitud Del problema y orientaciones para El manejo integral. **Rev. Chil. Neuro-psiquiatr**. v.47, n°2. Santiago, junho de 2009.

OLIVEIRA, M.V. Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud Del problema y orientaciones para el manejo integral. **Revista chilena neuro-psiquiatria**; 47(2): 132-137, 2009.

OMS (Organização Mundial da Saúde) – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Genebra: OMS, 2008.

ORLANDI, P., NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes chaves no Estado de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v13: p.892-902, 2005.

PAPROCKI, J. O emprego de ansiolíticos benzodiazepínicos pelo clínico geral e por especialistas não psiquiatras. **Revista ABP-APAL**, v.64: p.305-312, 1990.

RIBEIRO, C.S. et al. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage patter. **São Paulo Medical Journal**. v.125, nº5. São Paulo, setembro de 2007.

SALZMAN, C. Benzodiazepine dependence, toxicity, and abuse: a task force report of the American Psychiatric Association. **American Psychiatric Press**, 1990.

TANCREDI, F.B. Consumo de medicamentos benzodiazepínicos no Brasil – 1970 a 1985: **análise comparativa de tendências [tese]**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1986.