

**FABIANA TAMBELLINI CASALI**

**AVALIAÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELOS USUÁRIOS  
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMACHO –  
MG PELA DISPENSAÇÃO REALIZADA NA FARMÁCIA BÁSICA DO  
SUS**

**CAMACHO – MINAS GERAIS**

**2010**

**FABIANA TAMBELLINI CASALI**

**AVALIAÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELOS USUÁRIOS  
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMACHO –  
MG PELA DISPENSAÇÃO REALIZADA NA FARMÁCIA BÁSICA DO  
SUS**

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: Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

**CAMACHO – MINAS GERAIS**

**2010**

**FABIANA TAMBELLINI CASALI**

**AVALIAÇÃO DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELOS USUÁRIOS  
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMACHO –  
MG PELA DISPENSAÇÃO REALIZADA NA FARMÁCIA BÁSICA DO  
SUS**

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: Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Banca Examinadora

Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Aprovada em Belo Horizonte, 18/12/2010.

À minha avó Olga, que me ensinou a valorizar as coisas simples e a amar ao próximo. Que sempre trouxe de volta a esperança, quando parecia estar perdida. Que com sua fé me mostrou que viver vale a pena, sempre me incentivando a lutar por meus sonhos e vibrando com minhas conquistas. E que continua olhando por mim, lá de cima...

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por colocar em meu caminho pessoas tão iluminadas.

Às Agentes Comunitárias de Saúde, pela colaboração durante todo o processo. Ao Secretário Municipal de Saúde de Camacho, Darcy Maia, bem como à Valquíria e à Gorette, por me abrirem as portas da Farmácia Básica e permitirem o acesso aos dados. Aos Wyllyam, Dênio e Eduardo Lazari pelo apoio em informática. À Andrea Lopes, pelo incentivo e pelos livros.

Aos colegas da turma Beta, com quem compartilhei experiências durante dois ótimos anos, em especial às Rose Andrade, Patrícia Costa e Leyla Resende.

À minha família, especialmente meus irmãos e sobrinhos, por compreenderem a minha ausência. Ao Lucas, pelo apoio incondicional.

Ao Christian Berg, consultor da WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology – Norwegian Institute of Public Health, pela atenção aos meus emails e por tê-los respondido tão gentilmente. Sua contribuição para este trabalho foi de suma importância, pois me possibilitou uma melhor compreensão da metodologia a ser utilizada.

E, finalmente, ao Raphael Aguiar, que mesmo diante de tantos compromissos importantes e uma tese de doutorado a ser concluída, acreditou no meu potencial e se dispôs a me orientar neste trabalho. Por toda a paciência e motivação nos momentos em que os percalços do cotidiano de trabalho quase me fizeram desistir. Nada teria sido tão enriquecedor sem a sua participação! Mais do que orientador, é um exemplo a ser seguido e fonte de inspiração para todos que realmente desejam fazer algo de bom pela Saúde Pública no Brasil.

## RESUMO

Benzodiazepínicos (BZD's) são medicamentos psicotrópicos mundialmente utilizados para tratamento de ansiedade e insônia. Por serem de baixo custo e fácil acesso em saúde pública, Diazepam e Clonazepam têm sido comumente prescritos pelos médicos generalistas, muitas vezes de maneira inadequada, levando ao risco de abuso. O presente trabalho teve como objetivos identificar uma possível utilização abusiva desses medicamentos pela população de Camacho (MG) e traçar o perfil dos usuários, através da análise de dados secundários de dispensação pela farmácia básica municipal no ano de 2008. A fim de quantificar essa utilização foi aplicada uma metodologia da Organização Mundial de Saúde (OMS), através do sistema Anatomical Therapeutic Chemical/ Defined Daily Dose (ATC/DDD), que classifica e mede a quantidade consumida de drogas em determinado período e local, possibilitando comparações entre grupos populacionais. Foi constatado que em Camacho, no ano de 2008, a cada 1000 habitantes 41,36 utilizaram 10mg de Diazepam por dia. Verificou-se que para cada 1000 habitantes 9,56 utilizaram 2mg de Clonazepam por dia. Foram encontrados 134 usuários do primeiro e 141 do segundo, não havendo simultaneidade de utilização dos mesmos. Houve predominância do sexo feminino e da faixa etária entre 40 e 59 anos, para ambos. A dispensação para idosos foi consideravelmente inferior à população adulta. Quanto ao local de residência, a maioria dos usuários de Diazepam residiam na zona urbana, ao contrário do Clonazepam, cuja predominância foi de população rural. O tempo de uso variou entre 6 a 12 meses, caracterizando o uso crônico. Os dados obtidos para Camacho, quando comparados à literatura, mostraram que o consumo de BZD's no município esteve acima da média nacional, em 2008. Devido à falta de um serviço estruturado de atenção à saúde mental no município, as prescrições desses medicamentos são feitas pelo médico de Saúde da Família, ora como indicação ora como manutenção de prescrições prévias, considerando a rotatividade de profissionais. Isso evidencia a necessidade de novos estudos, mais detalhados, acerca da utilização de BZD's em Camacho, a fim de possibilitar a elaboração de ações que visem o controle da mesma, além de práticas responsáveis.

**Palavras-chave:** Benzodiazepínicos, Dose Diária Definida, abuso.

## **ABSTRACT**

Benzodiazepines (BDZ's) are psychotropic medications used worldwide to treat anxiety and insomnia. Because of their low cost and easy access to public health, Diazepam and Clonazepam are commonly prescribed by general practitioners, often inappropriately, leading to the risk of abuse. This study aimed to identify a possible misuse of these drugs by the population of Camacho (MG) and the profiles of users, through secondary data analysis of pharmacy dispensing the municipal primary in 2008. In order to quantify this, a methodology from World Health Organization (WHO) was applied, through the system called Anatomical Therapeutic Chemical / Defined Daily Dose (ATC / DDD), which classifies and measures the amount of drugs consumed in a given period and place, allowing comparisons between population groups. It was found that in Camacho, in 2008, for each 1000 inhabitants 41.36 used 10mg of Diazepam per day. And also to 9.56 per 1000 population used 2mg of Clonazepam per day. We found 134 users for the first and 141 for the second, with no simultaneous use of them. Patients were predominantly female and aged between 40 and 59 years for both. The dispensation for the elderly was significantly lower than the adult population. As the place of residence, the majority of users lived in urban Diazepam, unlike Clonazepam, which was predominantly rural population. The duration of use ranged from 6 to 12 months, characterizing the chronic use. The data obtained for Camacho, compared to the literature, showed that consumption of BZD's in the city was above the national average in 2008. Due to the lack of a structured service for mental health care in the city, the prescriptions of these drugs are made by the physician of Family Health, either as indicated herein as pre-maintenance requirements, considering the high staff turnover. This highlights the need for further studies, more detailed about the use of BZD in Camacho, to enable the development of actions aiming to control it, and responsible practices.

**Keywords:** Benzodiazepines, Defined Daily Dose, abuse.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>ACS</b>	–	Agente Comunitário de Saúde
<b>ANVISA</b>	–	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>ATC</b>	–	Anatomical Therapeutic Chemical
<b>BZD</b>	–	Benzodiazepínico
<b>CASA</b>	–	National Center on Addiction and Substance Abuse
<b>DDD</b>	–	Defined Daily Dose
<b>ESF</b>	–	Equipe de Saúde da Família
<b>MS</b>	–	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	–	Organização Mundial de Saúde
<b>RACGP</b>	–	Royal Australian College of General Practitioners
<b>SIAB</b>	–	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SNC</b>	–	Sistema Nervoso Central
<b>SUS</b>	–	Sistema Único de Saúde
<b>TPP</b>	–	Triplicate Prescription Police
<b>UNODC</b>	–	United Nations Office on Drugs and Crime
<b>WHO</b>	–	World Health Organization



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Diazepam e Clonazepam segundo classificação ATC / DDD

21

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Dispensação de Diazepam 10mg na Farmácia Básica do SUS, por faixa etária, em Camacho (2008) 28

Gráfico 2: Dispensação de Clonazepam 2mg na Farmácia Básica do SUS, por faixa etária, em Camacho (2008) 29

Gráfico 3: Dispensação de Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg na Farmácia Básica do SUS, por local de residência, em Camacho (2008) 30

Gráfico 4: Dispensação de Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg na Farmácia Básica do SUS, por tempo de uso, em Camacho (2008) 30

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	OBJETIVOS	14
2.1.	Objetivo Geral	14
2.2.	Objetivo Específico	14
3.	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1.	Histórico dos Benzodiazepínicos	15
3.2.	Propriedades dos Benzodiazepínicos	15
3.3.	Indicações terapêuticas dos Benzodiazepínicos	16
3.4.	Riscos do uso indiscriminado de Benzodiazepínicos	17
3.5.	O uso inadequado no Brasil e no mundo	18
4.	PERCURSO METODOLÓGICO	24
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5.1.	O consumo de Benzodiazepínicos em Camacho (MG)	27
5.2.	Perfil dos usuários de Benzodiazepínicos em Camacho (MG)	28
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS	33
	APÊNDICE	36

## 1. INTRODUÇÃO

Camacho é um município de 3421 habitantes, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2008), e se caracteriza pela predominância de população rural, que corresponde a 60% do total. Por ser pequeno e não contar com muitos recursos, não existem no município oportunidades diversificadas de atividades laborativas e lazer. A maioria da população exerce trabalho informal nas lavouras de café, durante os períodos de colheita, sem remuneração fixa. Já uma pequena parcela atua no serviço público municipal/estadual, ou em atividades comerciais.

Em se tratando de saúde, Camacho possui apenas uma Equipe de Saúde da Família (ESF), responsável pela abrangência de 100% da população. Não há serviço hospitalar nem de pronto atendimento municipal, o que, conseqüentemente, sobrecarrega as atividades da equipe e diminui a qualidade da assistência prestada, em termos de prevenção de agravos e promoção à saúde.

Há dez anos, concluí a graduação em Enfermagem e optei por atuar em Saúde Pública, considerando uma necessidade pessoal de me sentir útil e ter a oportunidade de não apenas cuidar de seres humanos, mas de contribuir para que aprendam a ser responsáveis pelo autocuidado. Em julho de 2001, quando soube da existência de uma vaga para trabalhar em Camacho, lancei-me ao desafio de, recém-graduada, assumir o papel de enfermeira em um município onde seriam necessárias coragem, criatividade e paciência.

Inicialmente, as doenças crônico-degenerativas eram o foco principal das ações desenvolvidas, porém ao longo desse período percebi que havia uma alta frequência de prescrição e dispensação de psicofármacos no município, em especial os benzodiazepínicos, além da inexistência de um serviço de saúde mental estruturado.

Diante da amplitude de ações que cabem a uma Equipe de Saúde da Família, optei por aprimorar meus conhecimentos na área, com o objetivo de contribuir efetivamente ao contexto em que estou inserida.

Em relação às disciplinas optativas, preferi aprofundar meus conhecimentos sobre os temas em que possuía menos domínio, não necessariamente técnico-científico, mas em termos de abordagem no cotidiano da Atenção Primária.

O fato de não haver um serviço de saúde mental no município, assim como a emissão frequente de receitas “azuis”, levou-me a considerar a existência de uso abusivo de

benzodiazepínicos pela população, motivo pelo qual optei pela realização deste Trabalho de Conclusão de Curso.

A primeira parte do trabalho compõe-se de uma introdução. A segunda consiste em uma revisão de literatura sobre o tema abordado e os resultados obtidos. A terceira apresenta as considerações finais.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Identificar se há uso abusivo de benzodiazepínicos no território de abrangência da Equipe de Saúde da Família (100% da população).

### **2.1. Objetivo Específico**

Descrever o perfil dos usuários de benzodiazepínicos que se utilizam da farmácia básica municipal.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1 Histórico dos Benzodiazepínicos**

A Psiquiatria, do ponto de vista terapêutico, foi marcada por dois momentos: o primeiro, no início do século XX, com os postulados psicanalíticos propostos por Freud; o segundo, na década de 50, com o surgimento dos psicofármacos (BERNIK, 1999).

O doutor Leo H. Sternbach, na década de cinquenta, em New Jersey - EUA, sintetizou os primeiros benzodiazepínicos (BZD), cuja denominação se deve à sua estrutura central, que consiste na fusão de um anel benzeno com 1,4-diazepina (COSTA e SILVA *apud* BERNIK, 1999).

Durante o desenvolvimento do primeiro BZD, foi sintetizada acidentalmente uma substância, o Clordiazepóxido, que durante sua fase de experimentação pré-clínica em animais revelou efeitos anticonsulsivantes e antiagressivos (COSTA e SILVA *apud* BERNIK, 1999). As primeiras experiências clínicas com pacientes esquizofrênicos não demonstraram ação antipsicótica, porém reduziram a ansiedade. Por apresentar-se eficaz e seguro, o Clordiazepóxido provocou impacto no tratamento dos distúrbios de ansiedade. Os BZD's, por provocarem menos sedação e dependência, substituíram os Barbitúricos e o Meprobamato, que até então eram utilizados no tratamento daquele problema (FIRMINO, 2008). Ao final da década de setenta, o Diazepam tornou-se mundialmente a droga mais prescrita para o tratamento das doenças que acometiam o Sistema Nervoso Central (SNC) (COSTA e SILVA *apud* BERNIK, 1999).

A popularização dos BZD's, em decorrência de seu maior perfil de segurança, foi extensamente divulgada pela indústria farmacêutica. Entretanto, a experiência clínica mostrou que, embora seguro, o uso desses medicamentos não se isenta de efeitos indesejados (FIRMINO, 2008). Os riscos do uso indiscriminado desses medicamentos serão discutidos posteriormente.

#### **3.2 Propriedades dos Benzodiazepínicos**

Os BZD's apresentam propriedades sedativa, anticonvulsivante, hipnótica, amnésica e relaxante muscular. Os medicamentos dessa classe compartilham entre si o mecanismo de ação e as propriedades terapêuticas, mas diferem quanto ao início, à intensidade e à duração de seus efeitos (FIRMINO, 2008).

A absorção dos BZD's, em sua maioria, ocorre quase completamente após a administração oral. Após a absorção, ocorre a transformação metabólica - que gera, em alguns casos, metabólitos ativos e de meia-vida longa. O Diazepam é um dos fármacos que possuem tais propriedades, o que o leva a produzir efeitos cumulativos com o uso de outras drogas e, conseqüentemente, pode levar ao aparecimento de reações adversas, como sedação, sonolência e ataxia. Reações com menor frequência incluem vertigem, confusão/depressão mental, cefaleia, alteração da libido, tremores, disartria, diplopia, distúrbios gastrintestinais, amnésia, salivação e retenção ou incontinência urinária. Alguns pacientes podem apresentar hostilidade, agressividade e desinibição. Depressão respiratória e hipotensão são raras e associam-se ao uso de altas doses de BZD's (FIRMINO, 2008).

### **3.3 Indicações Terapêuticas dos Benzodiazepínicos**

Benzodiazepínicos são indicados para tratamento de ansiedade severa, insônia, epilepsia, espasmos musculares, náusea e vômito decorrentes de tratamento quimioterápico, como adjuvante em procedimentos que requeiram anestesia e em pacientes esquizofrênicos. No entanto, a prescrição desses medicamentos em quadros clínicos mal definidos é realizada de modo comum e rotineiro (FIRMINO, 2008).

A prescrição adequada de BZD deve considerar três aspectos: necessidade, intermitência e curta duração do tratamento. Em 2007, a Comissão de Drogas e Narcóticos da United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), através da Resolução 44/13, determinou que a prescrição de BZD fosse fundamentada a partir das seguintes questões:

- Investigação médica que justifique a prescrição;
- Indicação exata e prescrição pelo menor tempo e menor dose possíveis;
- Necessidade de descontinuidade do tratamento;
- Alerta aos pacientes sobre o risco de acidentes durante operação de máquinas e direção de veículos, além da interação medicamentosa com uso concomitante de bebidas alcoólicas.

Para tratamento da insônia, a prescrição de BZD deve ser utilizada por curto período: inferior a duas semanas, segundo o Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) Guideline (2000). Outros *guidelines* consideram que os BZD's devem ser utilizados para tratar apenas a insônia severa, incapacitante ou que leve o indivíduo a uma angústia extrema, e que o uso deva ser intermitente (FIRMINO, 2008). Em se tratando da ansiedade, não se deve utilizar BZD por mais de seis semanas. O uso por um período de



seis semanas a seis meses pode gerar dependência e tolerância (RACGP Guideline, 2000). Para tratamento de depressão, os BZD's são indicados apenas quando existe manifestação de ansiedade acentuada ou inexistência de agressividade predominante. Utilizados monoterapeuticamente, podem precipitar suicídio (FIRMINO, 2008).

### **3.4 Riscos do Uso Indiscriminado de Benzodiazepínicos**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso racional de medicamento ocorre quando o paciente recebe a substância adequada, em doses adequadas, por período de tempo adequado a suas necessidades clínicas (FIRMINO, 2008). Se utilizados em curto prazo ou de maneira intermitente, BZD's podem ser eficazes em várias condições, não acarretando efeitos tóxicos sérios. Eventos adversos mais graves podem resultar do uso crônico em doses terapêuticas, da automedicação ou do uso recreativo em doses excessivas (ASHTON, 1995).

Considerando sua utilização isolada, raramente os BZD's levam à morte, ainda que em altas doses. Entretanto, quando associados a outras drogas, esses medicamentos correspondem a uma parcela entre 30% e 40% de intoxicações agudas acidentais. Depressão respiratória pode ser provocada ou agravada quando se usa BZD concomitantemente a outros depressores do SNC, particularmente em idosos e portadores de patologias respiratórias. Drogas que atuam sobre o sistema cardiovascular podem sofrer potencialização em decorrência dos efeitos hipotensores dos BZD's. Outro efeito provocado pelo mau uso ou abuso de BZD é a diminuição da atividade psicomotora, que em idosos torna-se um fator de risco para quedas e fraturas (ASHTON, 1995).

O uso crônico de BZD provoca o desenvolvimento de tolerância, o que conseqüentemente leva à necessidade de se aumentar a dose ao longo do tempo, tornando maior o risco de superdosagem (FIRMINO, 2008). Quanto à dependência, BZD's de meia-vida longa e baixa potência, como o Diazepam, são menos nocivos que os de meia-vida curta e alta potência, como o Clonazepam (LONGO; JOHNSON, 2001).

Idosos compõem um grupo de risco, pois o envelhecimento populacional no Brasil tem aumentado significativamente a prevalência de doenças psiquiátricas e neurodegenerativas. Redução das reservas fisiológicas, diminuição do *clearance* renal e aumento na frequência de uso de medicamentos são fatores que alteram a atuação dos psicotrópicos no organismo

dos pacientes idosos. Os benefícios do uso de sedativos e hipnóticos nesta faixa etária são menores do que os riscos cognitivos e de quedas (FIRMINO, 2008).

A mesma autora comenta que utilização de BZD em idosos deve ser restrita, considerando que, nesta faixa etária, a meia-vida do medicamento aumenta e prolonga a sedação, o que acarreta um maior risco de quedas e fraturas. A mesma recomendação se faz aos usuários de outras drogas depressoras do SNC, pois os BZD's potencializam tal efeito.

Prescrever BZD para idosos é uma prática comum na classe médica, considerando que quadros depressivos são frequentes nessa faixa etária, e esses medicamentos atuam como adjuvantes quando existe ansiedade concomitante. Antidepressivos tricíclicos são geralmente associados, o que acentua a ocorrência de efeitos adversos, provocando sedação excessiva e relaxamento da musculatura (FIRMINO, 2008). Segundo Passaro *et al.* (2000), as quedas consistem em uma das principais causas de morte, morbidade e incapacidade entre idosos.

Quanto à população economicamente ativa, é frequente a ocorrência de acidentes de trabalho devido às propriedades hipnóticas dos BZD's. Goldberg *et al.* (2007) comentam que um estudo realizado nos Estados Unidos revelou que a sonolência durante o dia interferia nas atividades diárias em 37% dos adultos. No Reino Unido, outro estudo, em análise aos acidentes de trânsito que ocorriam nas estradas, apontou que 17% estavam relacionados à sonolência de um modo geral (FLATLEY; REYNER; HORNE *apud* FIRMINO, 2008). Gadsby (2000) refere que, no mundo, estima-se que 40% dos acidentes de trânsito estejam associados a usuários de ansiolíticos e hipnóticos.

Outro fator preocupante é o custo econômico do consumo de BZD's. O uso inadequado acarreta problemas que afetam não apenas a qualidade de vida dos pacientes, mas os gastos com saúde. A aquisição excessiva de medicamentos, considerando prescrições inapropriadas e uso indiscriminado, sobrecarrega o sistema de saúde. Além disso, eles geram gastos com procedimentos de maior complexidade, como internações e tratamentos decorrentes de quedas, fraturas e outras complicações (FIRMINO, 2008).

### **3.5 O Uso Inadequado no Brasil e no Mundo**

Pesquisas sobre a utilização de drogas têm sido realizadas desde a década de 60. O primeiro estudo foi sobre o consumo de drogas nos países europeus no período de 1966 a

1967, tendo sido apresentado por dois membros da *World Health Organization Regional Office for Europe*, Engel e Siderius. Esse estudo demonstrou a existência de grandes variações na utilização de drogas, inclusive BZD's, entre grupos populacionais (WHO, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em um estudo para investigação de desordens mentais em nível mundial que incluiu o Brasil, constatou que ansiolíticos, hipnóticos e antidepressivos eram as classes mais prescritas de psicotrópicos. Os BZD's estão entre os medicamentos mais utilizados de maneira inadequada. Indivíduos que utilizam BZD's de forma abusiva geralmente o fazem para lidar com as situações estressantes da vida diária (FIRMINO, 2008). A eficácia ansiolítica e hipnótica desses medicamentos, associada ao baixo risco de óbito ou de toxicidade na superdosagem, levou os clínicos gerais a prescreverem-no indiscriminadamente, por longo prazo e de forma rotineira (COSTA e SILVA *apud* BERNIK, 1999).

Ainda que eficaz no tratamento da ansiedade, o uso contínuo de BZD's pode levar ao risco de abuso. Podem-se considerar dois tipos de abuso: o "recreativo" ou irresponsável, e o crônico ou responsável. O primeiro caracteriza-se pelo uso intermitente ou crônico, porém em altas doses e com finalidade de se beneficiar dos efeitos, estando associado, de modo geral, ao consumo de álcool e outras drogas, mais comumente opioides. No mundo, cerca de 15% dos usuários de heroína utilizam BZD's diariamente e por período superior a um ano. Por proporcionarem sensação de prazer e alívio dos sintomas decorrentes de outras drogas, os BZD's muitas vezes são utilizados sem prescrição, principalmente entre jovens do sexo masculino, o que aumenta o risco de overdose e acidentes. Já o chamado abuso crônico ou responsável se caracteriza pelo uso prolongado e em doses terapêuticas, sob prescrição médica, e é associado a mulheres, idosos e portadores de doenças crônicas (FIRMINO, 2008).

De modo geral, BZD's que agem mais rapidamente no cérebro, como o Diazepam, são preferidos para uso abusivo aos mais lentos, como o Oxazepam. Entretanto, essa preferência varia entre os países. No Reino Unido, Temazepam é o mais utilizado de maneira abusiva. Nos Estados Unidos, comprimidos de Flunitrazepam tornaram-se populares devido à facilidade de acesso ao longo da fronteira com o México. Benzodiazepínicos potentes, como Triazolam, Alprazolam e Lorazepam, também alcançaram popularidade entre os usuários que abusam (ASHTON, 2002).

Além de possuírem baixo custo, os BZD's são medicamentos de fácil acesso nas ruas. O maior consumo advém das prescrições rotineiras dos clínicos gerais. Alguns usuários procuram diversos profissionais utilizando-se de nomes falsos. Outros obtêm BZD's através de amigos ou pacientes que exacerbam suas necessidades aos médicos e vendem o excesso de medicamento prescrito. Algumas crianças o obtêm através de prescrições para seus pais. Furtos de centros de saúde ou depósitos farmacêuticos também têm sido relatados. Em 1996, trinta mil comprimidos de Diazepam foram roubados de um depósito de Cúmbria, no Reino Unido (ASHTON, 2002).

Auchewski *et al.* (2004) alertam, em seu estudo, que a prescrição médica sustenta o uso crônico e que existe desinformação dos pacientes acerca dos riscos de efeitos colaterais e de dependência. Foram analisados dados sobre os pacientes que compravam BZD's nas drogarias de Curitiba (PR), constatando-se que 61% faziam uso contínuo por período superior a um ano, dos quais 94% não conseguiram descontinuar o tratamento. Apenas 22% foram orientados quanto ao tempo de uso.

No Brasil, os BZD's são medicamentos legalmente controlados e só podem ser comercializados sob prescrição médica e retenção da receita. O despreparo dos médicos caracteriza a manutenção do uso crônico e inapropriado pelos pacientes também no Brasil (NOTO; ORLANDI, 2005). Muitos profissionais justificam suas prescrições em decorrência da aceitação e pressão por parte dos pacientes, além de seu fácil acesso na rede pública de saúde. Em contrapartida, os usuários relatam falta de orientação sobre os riscos do uso crônico de BZD, ausência de diálogo médico-paciente e a sensação de bem-estar proporcionada pelo medicamento como fatores que contribuem ao uso prolongado. Uma característica do paciente que abusa de BZD é o impulso de buscar o medicamento. Desse modo, o profissional sente-se pressionado e prescreve, mesmo que não haja indicação clínica apropriada. É comum nesses casos que, devido ao desenvolvimento de tolerância, o paciente aumente a dose sem comunicar ao médico (FIRMINO, 2008).

Alguns estudos realizados no Brasil revelaram prevalência bastante elevada do consumo de BZD's, quando comparada a outros países. Assim como em estudos internacionais, o consumo de modo geral é mais prevalente na população feminina e aumenta com a idade (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000).

Um estudo realizado com informantes-chave confirmou a ocorrência de uso indevido de BZD no município de São Paulo. Dois perfis principais de usuários crônicos foram

identificados: o primeiro, composto por idosos em busca do efeito hipnótico, e o segundo, consistindo predominantemente em mulheres de meia-idade, em busca do efeito ansiolítico (NOTO; ORLANDI, 2005).

Outro estudo, realizado no município de Campo Belo (MG), mostrou que o uso de psicotrópicos em sua população idosa estava relacionado à ocorrência de quedas. Dentre os pacientes entrevistados, 9,3% faziam uso de BZD e destes, 16,8% sofreram quedas, dos quais 4% tiveram fraturas (CHAIMOWICZ, *et al.*, 2000).

Firmino (2008) relata que, embora os médicos conheçam os protocolos de prescrição de BZD's para idosos, esses profissionais não acreditam nos riscos e justificam o uso prolongado pelas eficácia e segurança, além de argumentarem tempo escasso e baixa remuneração como empecilhos para uma consulta voltada à saúde mental do idoso.

Devido às inúmeras consequências do uso abusivo de BZD, é importante tentar quantificá-lo. Uma forma de se fazer isso é por meio de um método de cálculo do consumo desses medicamentos.

Em 1969, durante um simpósio em Oslo, organizado pelo WHO Regional Office for Europe e intitulado "The Consumption of Drugs", cientistas noruegueses estabeleceram um sistema de classificação de drogas conhecido como *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)*, associado a uma unidade de mensuração chamada *Defined Daily Dose (DDD)*. O sistema ATC/DDD tem sido recomendado como método para estudos internacionais de utilização de drogas (WHO, 2009).

De acordo com o sistema ATC/DDD (WHO, 2009), os medicamentos desse estudo são classificados conforme mostra o quadro a seguir:

**Quadro 1: Diazepam e Clonazepam segundo classificação ATC / DDD**

Substância	Classificação ATC	DDD teórica
Diazepam	N05BA ( <i>Psycholeptic Anxyolyctic Benzodiazepine Derivative</i> )	10mg
Clonazepam	N03AE01 ( <i>Psycholeptic Antiepileptic Benzodiazepine Derivative</i> )	8mg

Para fins de comparação do consumo das substâncias em diferentes localidades, pode ser utilizada a DDD, que representa a dose média do medicamento em questão utilizada por dia, por cada indivíduo adulto e conforme a indicação terapêutica principal. Segundo a OMS, DDD é uma unidade de medida, e não a dose prescrita ou recomendada (FIRMINO, 2008). Esse tópico será mais bem descrito na metodologia.

Furtado e Teixeira (2006), ao analisarem a evolução do consumo de BZD's em Portugal no período de 1999 a 2003, observaram um decréscimo geral de 1,2%. A DDD passou de 86,8/1.000 habitantes/dia para 85,8/1.000 habitantes/dia. No entanto, o consumo de BZD's ansiolíticos aumentou em 3,8%, em detrimento dos hipnóticos, que diminuíram 21,98%.

Outros estudos, não expressos em DDD, também demonstram aumento no consumo de BZD's em nível mundial. Nos Estados Unidos, o National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) constatou, em 2005, que enquanto o crescimento populacional foi de 13% entre 1992 e 2002, o número de prescrições de medicamentos controlados aumentou 154,3% no mesmo período. Os BZD's representaram 49%. O número de pessoas que admitiram abusar de medicamentos controlados aumentou de 7,8 milhões em 1992 para 15,1 milhões em 2002. Ou seja, houve um aumento de 94% (CASA *apud* PARLIAMENT OF VICTORIA, 2006).

Na Inglaterra, uma análise da prescrição de BZD's no período de 2000 a 2005 constatou um aumento de 4,32 milhões para 4,74 milhões de prescrições de Diazepam, segundo o Department of Health (England). Dados do Australian Statistics on Medicines mostraram, no período de 1999 a 2003, que as prescrições de Clonazepam na Austrália mantiveram-se estáveis, em torno de 1,4% dos BZD's, porém as de Diazepam aumentaram de 22,87 % para 25,36% (PARLIAMENT OF VICTORIA, 2006).

Algumas experiências de intervenções nos sistemas de saúde para reduzir o uso inadequado de medicamentos têm sido positivas em outros países. O Departamento de Saúde do Estado de New York (EUA) implementou, em 1989, a *Triplicate Prescription Police* (TPP) para BZD, segundo a qual os médicos devem pagar uma taxa para prescrever esses medicamentos, além de receberem um número seriado para as prescrições. Em Hong Kong, o governo classifica, desde 1992, os BZD's como medicamentos perigosos, e um estudo constatou que o impacto da nova legislação gerou diminuição das prescrições de tais substâncias como ansiolíticas, mas não as alterou como hipnóticas. No Brasil, existem poucos estudos sobre o impacto de ações controladoras do consumo de psicotrópicos,

porém as estratégias internacionais para regular a utilização de BZD's têm apresentado aspectos positivos em alguns países (FIRMINO, 2008).

Em análise sobre o consumo de BZD's no Brasil nos anos de 1988 e 1989, Nappo e Carlini (1993), analisando dados oficiais do Ministério da Saúde (MS), revelaram que as DDD/1.000 habitantes/dia de Diazepam em cada um daqueles anos foram 23,03 e 18,48, respectivamente.

Sebastião e Pelá *apud* Firmino (2008), em estudo sobre o consumo de psicotrópicos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de Ribeirão Preto (SP), constataram que o Diazepam foi o medicamento mais consumido entre os analisados no ano de 2001, com uma DDD de 9,68/1.000 habitantes, ou seja, a cada 1.000 pessoas atendidas pelo SUS naquele ano, 9,7 utilizaram 10mg de Diazepam ao dia.

Firmino (2008) relatou, em seu estudo sobre indicação e prescrição de BZD's no âmbito do SUS no município de Coronel Fabriciano (MG), que no ano de 2006 foram encontradas DDD para Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg correspondentes a 24,69 e 3,58, respectivamente.

No Brasil, a fiscalização e o controle dos medicamentos sujeitos ao controle especial são realizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), visando a conter o uso abusivo e indevido dessas substâncias, bem como proteger e promover a saúde da população. A Portaria 344/98, do Ministério da Saúde, define as diretrizes de uso de substâncias e medicamentos sujeitos ao controle especial. Entretanto, na prática nem sempre são devidamente cumpridas, por não haver uma fiscalização rigorosa (FIRMINO, 2008).

A mesma autora comenta que as práticas médicas que envolvem medicamentos devem ser analisadas inclusive sob uma perspectiva sociocultural. Assim sendo, estratégias educacionais, tanto para profissionais de saúde como para balconistas, a própria indústria farmacêutica e os pacientes, devem ser adotadas, com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos.

#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa utilizando dados secundários extraídos de um levantamento realizado pela Equipe de Saúde da Família de Camacho, para uso em seu próprio trabalho, acerca do uso e dispensação de benzodiazepínicos (BZD) no âmbito SUS/farmácia básica municipal, referente ao ano de 2008. Os dados da população em estudo foram obtidos através da consulta aos livros de registro de dispensação da farmácia básica municipal. Foram também consultados os cadernos de registros das famílias pertencentes às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e as fichas de cadastro das famílias – fichas A – do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Os dados foram compilados pela equipe no período de 10 a 31 de março de 2010, por meio de consulta aos livros de dispensação de medicamentos controlados do ano de 2008, em que constam diversas classes de psicotrópicos e, entre eles, os benzodiazepínicos Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg. Não foram analisados outros BZD's devido ao fato de apenas esses serem dispensados pela farmácia básica municipal.

A relação de medicamentos nos livros de registro era manuscrita e subdividida por nome e dose, em ordem alfabética. Cada página continha um cabeçalho com o nome e a dosagem do medicamento, além de colunas contendo os seguintes itens: nome do usuário, data de dispensação, quantidade de comprimidos dispensados, posologia diária e assinatura do responsável pela dispensação. Por não constar data de nascimento dos usuários no livro, fez-se necessária a busca de outra forma de obtenção daquele dado; assim sendo, foi encaminhada a cada ACS uma cópia dos registros de dispensação de Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg, e foi solicitada a busca pela data de nascimento de cada usuário. As ACS foram orientadas a consultar seus cadernos de registro das famílias ou a ficha A – SIAB (cadastro familiar), porém em hipótese alguma estabeleceram contato direto com os usuários.

A redação do presente trabalho foi realizada em duas etapas: a primeira, por meio de revisão exploratória da literatura, em busca de um método adequado para o cálculo do uso de BZD e possível constatação de abuso, bem como de estudos nacionais e internacionais que possibilitassem um maior entendimento do assunto e também eventuais comparações com os resultados obtidos neste trabalho. Para tal, foram utilizadas palavras-chave como “uso indiscriminado de psicotrópicos”, “uso abusivo de benzodiazepínicos”, através de páginas da internet específicas para pesquisas acadêmicas, como Scielo, Google Scholar, entre outras. Também foram encaminhadas mensagens via correio eletrônico para o



escritório regional europeu da WHO, na Noruega, a fim de sanar dúvidas quanto à utilização de um método adequado para quantificar o uso de BZD's e fazer comparações. Foi encontrado, no *Guidelines for ATC Classification and DDD Assignment* da Organização Mundial de Saúde (OMS) o sistema *Anatomical Therapeutic Chemical/ Defined Daily Dose* (ATC/DDD), uma unidade de mensuração do consumo de certa droga, em uma determinada população, em um período definido.

A DDD – em português, Dose Diária Definida – é a dose média de manutenção por dia para uma droga utilizada em sua indicação principal, em adultos. Para utilizá-la é necessário obter informações das embalagens dos medicamentos, a fim de se realizar o cálculo conforme cada dosagem. A DDD teórica para Diazepam é 10mg, e para Clonazepam, 8mg. Uma caixa com 100 comprimidos de 5mg de Diazepam contém 500mg no total. Dividindo-se por 10, obtém-se 50 DDD's. Outro exemplo: uma caixa com 50 comprimidos de 2mg de Clonazepam contém 100mg no total. Dividindo-se por 8, obtém-se 12,5 DDD's. É possível calcular a DDD total de certa droga, utilizando-se a dosagem consumida em determinado período, a fim de se fazer comparações (BERG, 2010).

No presente trabalho foram calculadas as DDD's totais para Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg referentes à dispensação desses medicamentos no ano de 2008, para cada 1.000 habitantes.

Na segunda etapa, os dados foram agrupados em duas planilhas distintas: uma para Diazepam 10 mg e outra para Clonazepam 2mg, ambas elaboradas por meio do programa Excel. Cada planilha foi subdividida em colunas com os seguintes itens: iniciais do nome do usuário; data de nascimento; número da microárea de residência; localização da microárea de residência (urbana/rural); quantidade de comprimidos dispensados por mês; número de meses de utilização em 2008; posologia diária; Dose Diária Definida (DDD); quantidade total em miligramas por usuário em 2008.

Após agrupados os dados, foi aplicada fórmula de soma do Excel para obtenção da quantidade total consumida em miligramas de cada medicamento no ano de 2008. Para o cálculo da DDD total de Diazepam 10mg e de Clonazepam 2mg, foram seguidas as recomendações da OMS, a partir da fórmula a seguir:

$$\text{DDD} = \frac{\text{quantidade de medicamento consumido no ano } (1)}{\text{DDD teórica } (2) \times 365 \times \text{população cadastrada SUS } (3)} \times 1.000$$

Sendo: (1) quantidade em miligramas consumida no ano de 2008.

(2) DDD definida em miligramas, segundo ATC.

(3) população cadastrada no SIAB em 2008.

Após a obtenção das DDD's totais referentes ao ano de 2008 para cada substância em estudo, os demais dados foram agrupados em forma de gráficos para que fosse possível traçar o perfil dos usuários em questão. Eles foram analisados por sexo, faixa etária, tempo de uso e local de residência (área rural ou urbana).

Por fim, foram feitas comparações dos dados obtidos com o panorama de uso e abuso de benzodiazepínicos em níveis nacional e internacional.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 O Consumo de Benzodiazepínicos em Camacho (MG)

Foram analisados os dados contidos nos livros de registro da farmácia básica municipal, referentes à dispensação de Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg no ano de 2008.

A quantidade total consumida de Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg foi de 516.500mg e 95.520mg, respectivamente. A população cadastrada no SIAB em 2008 era de 3.421 habitantes. Conforme descrito no percurso metodológico, foi aplicada a fórmula de cálculo da Dose Diária Definida (DDD), segundo o sistema ATC/DDD (WHO, 2009). Foram encontradas DDD de **41,36**/1.000 habitantes/dia para Diazepam 10mg e **9,56**/1.000 habitantes/dia para Clonazepam 2mg.

A literatura não apresenta diversidade de estudos sobre quantificação de uso e abuso de BZD's, mas enfatiza a existência de práticas indiscriminadas e abusivas. Firmino (2008) refere que, segundo a OMS, ansiolíticos, antidepressivos e hipnóticos são as classes de medicamentos mais prescritas em nível mundial, e os BZD's estão entre os mais utilizados de maneira inadequada.

Huf, Lopes e Rozenfeld (2000) relatam que no Brasil existe prevalência bastante elevada do consumo de BZD's em relação a outros países. Em 1988 e 1989, dados oficiais do MS revelaram que as DDD/1000 habitantes/dia para Diazepam 10mg em cada ano foram 23,03 e 18,48, respectivamente (NAPPO; CARLINI, 1993). Em Camacho, o consumo desse medicamento no ano de 2008 foi praticamente o dobro.

Em 2001, uma análise sobre o consumo de Diazepam 10mg em Ribeirão Preto (SP) demonstrou DDD/1.000 habitantes/dia igual a 9,68, segundo Sebastião e Pelá (2004). Firmino (2008) demonstrou que no município de Coronel Fabriciano (MG), em 2006, as DDD para Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg foram 24,69 e 3,58, respectivamente. Também ao comparar tais dados aos resultados obtidos para Camacho no ano de 2008, pode-se observar que neste município o consumo de ambos os medicamentos foi consideravelmente elevado.

Em nível mundial, Portugal apresentou decréscimo no consumo de BZD's no período de 1999 a 2003, passando de 86,8 DDD/1000 habitantes/dia para 85,8 DDD/1000

habitantes/dia (FURTADO; TEIXEIRA, 2006). No entanto não foram descritos os valores para cada ano nem especificados os BZD's de tal estudo. De modo geral, esse consumo é elevado, porém por Camacho ter sido analisado apenas em relação ao ano de 2008, e apenas os medicamentos Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg, não há dados suficientes para se estabelecer uma comparação clara com o perfil de Portugal.

Apesar de terem sido encontrados poucos estudos expressos em DDD na literatura, pode-se observar que, sob tal aspecto, os valores obtidos para Camacho estão acima da média nacional, tanto para Diazepam 10mg quanto Clonazepam 2mg.

## 5.2 Perfil dos Usuários de Benzodiazepínicos em Camacho

Segundo dados do livro de dispensação de medicamentos psicotrópicos da farmácia básica municipal de Camacho referentes ao ano de 2008, foram encontrados 134 usuários de Diazepam 10mg e 141 usuários de Clonazepam 2mg. Para ambos houve predominância do sexo feminino – população que correspondeu a 58,95% do primeiro e a 73,04% do segundo. Pôde-se observar que a dispensação desses medicamentos em Camacho no ano de 2008 foi praticamente a mesma, considerando que não houve simultaneidade de usuários.

Entre as faixas etárias analisadas, ambos os medicamentos apresentaram predominância feminina, exceto o uso de Diazepam entre 20 a 39 anos, faixa na qual 63,63% dos usuários eram homens. Também para ambos houve predominância de usuários entre 40 e 59 anos. Em relação ao Diazepam, 69% dos usuários nessa faixa etária eram mulheres, enquanto a população feminina usuária de Clonazepam representou 73,6% na mesma faixa.

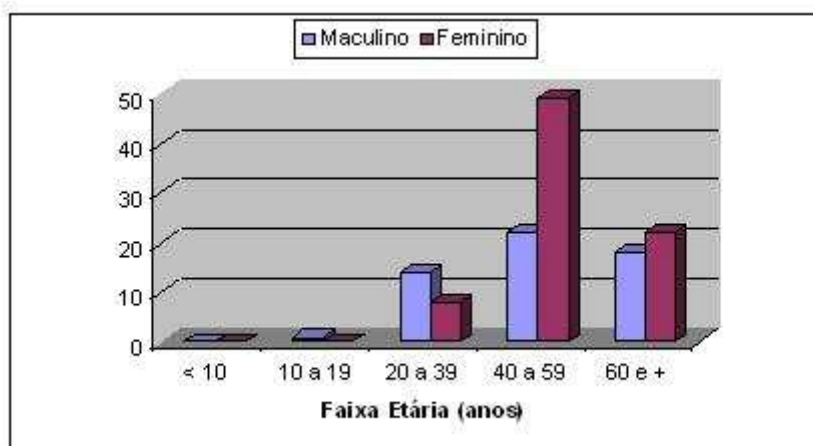
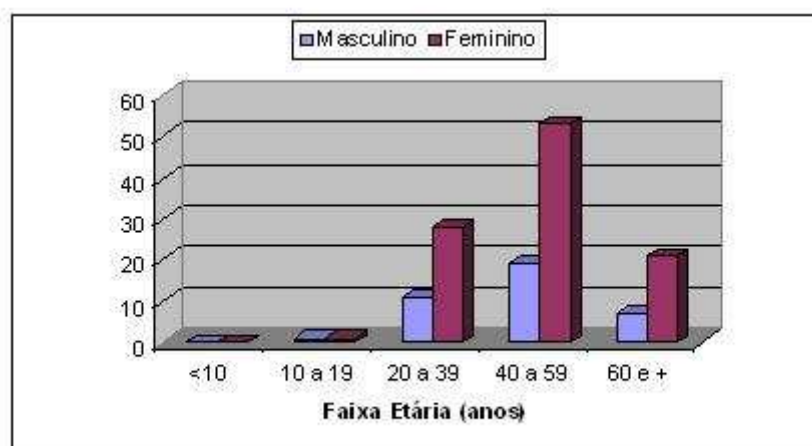


Gráfico 1: Dispensação de Diazepam 10mg na Farmácia Básica do SUS, por faixa etária, em Camacho (2008)

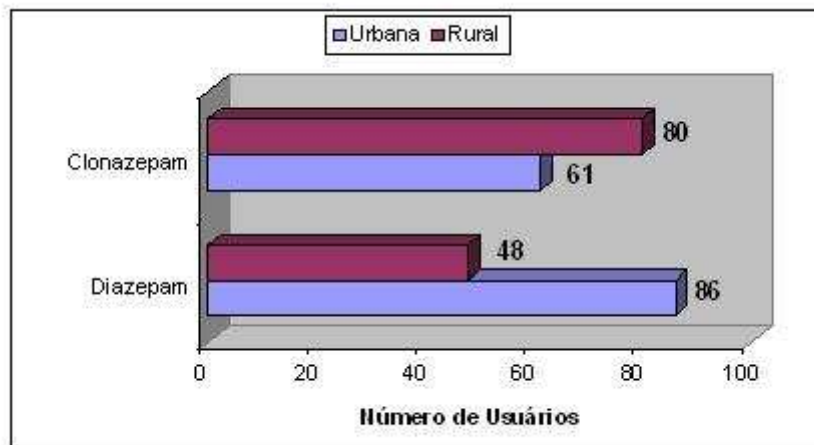


**Gráfico 2: Dispensação de Clonazepam 2mg na Farmácia Básica do SUS, por faixa etária, em Camacho (2008)**

Segundo Huf, Lopes e Rozenfeld (2000), o consumo de BZD's em níveis nacionais e internacionais é mais prevalente na população feminina e tende a aumentar com a idade. É notável a correspondência entre os gráficos acima, que ilustram o que é citado pela literatura. No entanto, pôde-se observar que, no ano de 2008, a dispensação de BZD's em Camacho para idosos foi consideravelmente inferior àquela observada para a população adulta. Entre os usuários que adquiriram tais medicamentos naquele ano, a população idosa correspondeu a 29,85% e 19,85% para Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg, respectivamente.

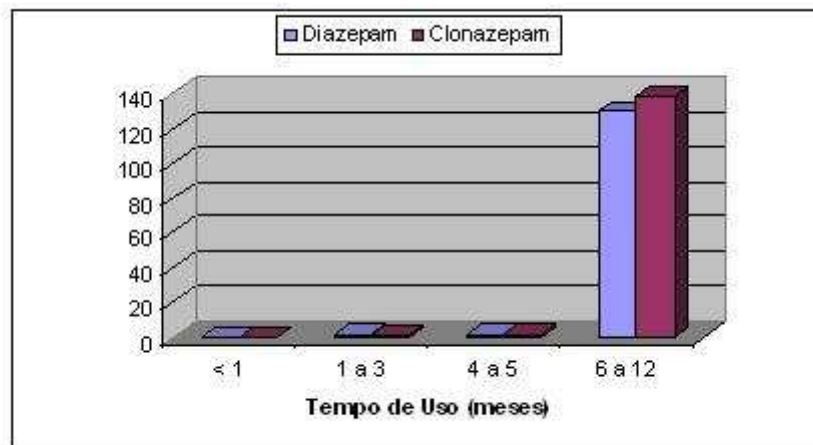
Em relação aos adolescentes, entre 10 e 19 anos, foi encontrado apenas um usuário de Diazepam 10mg, do sexo masculino. Quanto ao Clonazepam 2mg, apenas um usuário de cada sexo. Não foram dispensados BZD's para menores de 10 anos no ano de 2008.

Considerando o local de residência, 64,17% dos usuários de Diazepam residiam na zona urbana, enquanto 56,73 % dos usuários de Clonazepam pertenciam à zona rural.



**Gráfico 3: Dispensação de Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg na Farmácia Básica do SUS, por local de residência, em Camacho (2008)**

Sobre o tempo de utilização de BZD's no ano de 2008, pôde-se constatar que houve predominância de uso entre 6 a 12 meses – ou seja, por tempo prolongado, correspondendo a 97% e 97,8% para Diazepam e Clonazepam, respectivamente.



**Gráfico 4: Dispensação de Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg na Farmácia Básica do SUS, por tempo de uso, em Camacho (2008)**

Segundo o RACGP Guideline (2000), o uso de BZD's por um período de seis semanas a seis meses pode gerar dependência e tolerância. Auchewski *et al.*(2004) referem em seu estudo que a prescrição médica sustenta o uso crônico e que existe desinformação dos pacientes acerca dos riscos de efeitos colaterais e de dependência. Noto e Orlandi (2005) relatam que, apesar de serem medicamentos legalmente controlados e só poderem ser comercializados sob prescrição médica e retenção de receita, no Brasil os BZD's são sustentados pelo despreparo dos profissionais, o que caracteriza a manutenção do uso crônico e inadequado pelos pacientes.

Em Camacho, a prática médica é realizada por apenas um profissional, no âmbito de Saúde da Família. A prescrição de BZD's no município é majoritariamente feita pelo médico da equipe, de forma a indicar o uso ou, por diversas vezes, manter uma prescrição antiga – que pode ter sido de outro profissional, considerando a rotatividade de médicos em Equipes de Saúde da Família.

Como citado anteriormente, não existe um serviço de atenção à saúde mental estruturado no município, o que dificulta consideravelmente o controle de práticas de prescrição, não apenas de BZD's, mas de psicotrópicos em geral.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados obtidos através da literatura, pôde-se observar que a utilização de medicamentos psicotrópicos, em especial os benzodiazepínicos, é motivo de preocupação em nível mundial. Apesar de o sistema ATC/DDD ser uma excelente metodologia para quantificar a utilização de drogas e possibilitar comparações entre grupos populacionais, ainda não há estudos suficientes que permitam estabelecer um “*cut off*”, ou seja, um ponto de corte que defina o que é abuso em termos quantitativos. Diversos autores relatam práticas abusivas, utilização indiscriminada e seus riscos, e as identificam considerando tais perspectivas, porém poucos estudos mostram números.

Seria interessante a realização de novos estudos sobre a utilização de BZD's em Camacho, para que se analisasse minuciosamente o perfil dos usuários, a evolução do uso ao longo dos anos – em termos de práticas de prescrição, inclusive - e fossem detectadas, além da prática abusiva, as reais causas da utilização desses medicamentos no município. A partir desses estudos seria possível a elaboração de um plano de ação voltado à promoção da saúde mental em Camacho, bem como a viabilização de novas práticas, mais responsáveis e conscientes.



## REFERÊNCIAS

1. ASHTON, C.H. Benzodiazepine abuse. *Drugs and Dependence*. **Harwood Academic Publishers**, 2002, p. 197-212. Disponível em: <<http://www.benzo.org.uk>> Acesso em: 12 de junho de 2010.
2. ASHTON, C.H. Toxicity and adverse consequences of benzodiazepine use. **Psychiatric Annals**. v. 25, 1995, p. 158-165. Disponível em: <<http://www.benzo.org.uk>> Acesso em: 14/01/2010.
3. AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. volume 26, n. 1, 2004. p. 24-31. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 14/01/2010.
4. BERG, C. Defined Daily Dose informations. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <[fabiana1609@yahoo.com.br](mailto:fabiana1609@yahoo.com.br)> Em 24/03/2010.
5. BERG, C. Defined Daily Dose informations. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <[fabiana1609@yahoo.com.br](mailto:fabiana1609@yahoo.com.br)> Em 16/04/2010.
6. BERG, C. Some doubts about ATC/DDD. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <[fabiana1609@yahoo.com.br](mailto:fabiana1609@yahoo.com.br)> Em 04/06/2010.
7. BERNIK, M.A. **Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência**. São Paulo: EDUSP, 1999. 242p.
8. CHAIMOWICZ, F.; FERREIRA, T.J.X.M.; MIGUEL, D.F.A. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. **Revista de Saúde Pública**. v.36, n.6, dezembro, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 15/01/2010.
9. COSTA e SILVA, J.A. História dos benzodiazepínicos. In: BERNIK, M.A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. São Paulo: EDUSP, 1999. 242p.
10. FIRMINO, K. F. Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/prescrição no município de Coronel Fabriciano-MG – 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.
11. FLATLEY, D.; REYNER, L.A.; HORNE, J.A. Sleep related crashes on sections of different Road types in the UK (1995-2001). In: FIRMINO, K. F. Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/prescrição no município de Coronel Fabriciano-MG – 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.
12. FURTADO, C.; TEIXEIRA, I. Utilização de benzodiazepinas em Portugal Continental (1999 – 2003). **Acta Medica Portugal**. v.19, 2006. p. 239-246. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 24/01/2010.
13. GADSBY, J. E. Benzodiazepines – Time for action and accountability. **Benzodiazepine Awareness Network International**, 2000. Disponível em: <<http://www.benzo.org.uk>> Acesso em: 22/03/2010.
14. GOLDBERG, J.R. *et al.* Sleep aids: all you ever wanted to know... but were too tired to ask. **National Sleep Foundation**, 2007. Disponível em: <<http://www.sleepfoundation.org>> Acesso em: 22/03/2010.

15. HUF, G.; LOPES, 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, abr-jun, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 24/01/2010.
16. INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB). **Europeans continue consume sedatives and hypnotics: Americans Remain the main users of stimulants. Annual Report. United Nations Informations**. New York, 2000. Disponível em: <<http://www.incb.org>> Acesso em: 27/01/2010.
17. LONGO, L.P.; JOHNSON, B. Benzodiazepines: side effects, abuse risk and alternatives. **American Family Physician**. v.61, n.7, abril, 2001.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de informação da atenção básica. Brasília, 2009.
19. NAPPO, S.A. e CARLINI, E.A. Benzodiazepínicos no Brasil: um perfil do consumo nos anos de 1988 e 1989. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.4, n.6, julho 1993. p. 313-319. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 25/02/2010.
20. NATIONAL CENTER ON ADDICTION AND SUBSTANCE ABUSE (CASA). Under the counter: the diversion and abuse of controlled prescription drugs in the U.S. In: PARLIAMENT OF VICTORIA – DRUGS AND CRIME PREVENTION COMMITTEE. **Inquiry into the misuse/abuse of benzodiazepines and other forms of pharmaceutical drugs in Victoria – Interim Report**. August, 2006.
21. NOTO, A.R.; ORLANDI, P. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.13, número especial, outubro 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 25/02/2010.
22. PARLIAMENT OF VICTORIA – DRUGS AND CRIME PREVENTION COMMITTEE. **Inquiry into the misuse/abuse of benzodiazepines and other forms of pharmaceutical drugs in Victoria – Interim Report**. August, 2006.
23. PASSARO, A. *et al.* Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: the GIFA study. **Journal of Clinical Epidemiology**. v.53, 2000, p. 1222-1229. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 14/03/2010.
24. RACGP GUIDELINES. **Guideline for benzodiazepine**. The royal Australian College of General Practitioners. Austrália, 2000. Disponível em: <<http://www.racgp.org.au/guidelines>> Acesso em: 18/04/2010.
25. SEBASTIÃO, E.C.O.; PELÁ, I.R. Consumo de psicotrópicos: análise das prescrições ambulatoriais como base para estudo de problemas relacionados com medicamentos. In: FIRMINO, K. F. Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/prescrição no município de Coronel Fabriciano-MG – 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.
20. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Contribution to the appropriate use of benzodiazepines. 1208<sup>th</sup> Meeting, 2007. Disponível em: <<http://www.unodc.org>> Acesso em: 20/06/2010.

21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2010**. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Norwegian Institute of Public Health. Norway, 2009.

## APÊNDICE



### **PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMACHO**

Praça Padre Alberto, 208 - Centro - CEP 35.555-000 - Camacho- MG  
Fone: (37) 3343-1140 - Fax: (37) 3343-1273 - e-mail: pmcamacho@uol.com.br

Ofício nº 027/2010 PSF Camacho  
De: Fabiana Tambellini Casali  
Assunto: Solicitação (Faz)  
Em: 03 de março de 2010

Prezado Senhor,

Com o intuito de elaborar um Trabalho de Conclusão de Curso para minha pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, optei por analisar a dispensação de benzodiazepínicos em âmbito da farmácia básica municipal, através da obtenção de dados secundários.

Venho por meio deste solicitar autorização para acessar os livros de registro de dispensação em que constam os medicamentos Diazepam 10mg e Clonazepam 2mg, referentes ao ano de 2008. Os dados coletados serão tabulados e em hipótese alguma haverá exposição de identidade dos usuários.

Certa de sua colaboração, antecipo agradecimentos e aguardo deferimento.

Fabiana Tambellini Casali  
Enfermeira  
COREN MG 104663



Secretaria Municipal de Saúde de Camacho  
Sr. Darcy Eduardo Maia  
Secretário Municipal de Saúde  
NESTA