

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

**ANA CLÁUDIA OLIVEIRA GUIMARÃES**

**USO E ABUSO DOS BENZODIAZEPÍNICOS:  
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
DA ATENÇÃO BÁSICA**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2013**

**ANA CLÁUDIA OLIVEIRA GUIMARÃES**

**USO E ABUSO DOS BENZODIAZEPÍNICOS:  
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
DA ATENÇÃO BÁSICA**

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: Professora Maria Dolôres Soares Madureira.

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2013**

**ANA CLÁUDIA OLIVEIRA GUIMARÃES**

**USO E ABUSO DOS BENZODIAZEPÍNICOS:  
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
DA ATENÇÃO BÁSICA**

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: Professora Maria Dolôres Soares Madureira.

Banca Examinadora

Profª Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora.

Profª Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte, 22 de maio de 2013.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a cada paciente da minha equipe que, diante de todas as dificuldades enfrentadas conseguiram conviver com seus conflitos e problemas diminuindo conscientemente o uso indiscriminado de psicofármacos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Cleonice, Alice, Eliane, Aparecida Lopes, Rúbia e Luciano, meus parceiros e companheiros de Equipe pela compreensão e grande contribuição nesse trabalho.

Agradeço, ainda, à Dra Marane Bethônico, amiga e parceira de Equipe por fomentar minha busca por conhecimento e transformação no meu processo de trabalho.

Aos meus pais , ao Anderson e à Duda, minha gratidão pela paciência e compreensão.

A minha orientadora, Professora Maria Dolôres, muito obrigada pela orientação segura que tornou mais tranquilo todo esse processo.

## **EPIGRAFE**

“ Ser feliz não é ter uma vida perfeita.  
Mas usar as lágrimas para irrigar a tolerância,  
Usar as perdas para refinar a paciência,  
Usar as falhas para esculpir a serenidade,  
Usar a dor para lapidar o prazer,  
Usar os obstáculos para abrir as janelas da inteligência”.

AUGUSTO CURY

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

ALBERT EINSTEIN

## RESUMO

Este estudo, cuja motivação teve origem na prática diária de uma Unidade Básica de Saúde, tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o consumo abusivo de benzodiazepínicos por usuários da atenção básica, suas causas e conseqüências, bem como medidas para minimizar e prevenir o consumo exagerado e indiscriminado dessas medicações. Trata-se de uma revisão de literatura narrativa cujo material selecionado teve como critérios de escolha a pertinência com o tema e a data da publicação que compreendeu o período de 2004 a 2012. O trabalho aborda aspectos tais como: breve histórico sobre os benzodiazepínicos, causas e conseqüências do seu abuso e o perfil do usuário que faz uso desses fármacos. Além disso, procurou abordar como o uso indiscriminado de benzodiazepínicos influencia no dia a dia das Unidades Básicas de Saúde, refletindo sobre as ações necessárias para prevenir o uso indiscriminado e a sobrecarga desses serviços. Os resultados do estudo apontam para a necessidade de um controle mais rigoroso da assistência farmacêutica na dispensação dessas medicações, suas indicações e seus usos corretos; capacitar os profissionais prescritores para diminuir a frequência do uso crônico e indiscriminado; criar programas de saúde com o objetivo de orientar e educar a população quanto aos aspectos que podem afetar sua qualidade de vida, minimizando os agravos do seu uso inadequado.

**Palavras chave:** Benzodiazepínicos. Ansiolíticos. Consumo. Atenção primária à saúde.

## **ABSTRACT**

This study, whose motivation originated in the daily practice of a Basic Health Unit, aims to conduct a literature review on the misuse of benzodiazepines by users of primary care, its causes and consequences, as well as measures to minimize and prevent indiscriminate and excessive consumption of these medications. This is a narrative review of literature whose material was selected as criteria for selecting the relevance to the topic and date of publication that included the period from 2004 to 2012. It addresses issues such as: brief history of benzodiazepines, causes and consequences of abuse and user profile that makes use of these drugs. Moreover, sought to address how the indiscriminate use of benzodiazepines influence on the daily lives of Basic Health Units, reflecting on the actions necessary to prevent the indiscriminate use of these services and overloading. The study results point to the need for tighter control of pharmaceutical care in dispensing these medications, their indications and their uses correct; enable prescribers to decrease the frequency of chronic and indiscriminate; create health programs aimed at guide and educate the public on the issues that can affect their quality of life, minimizing the harm of its misuse.

**Keywords:** Benzodiazepines. Anxiolytics. Consumption. Primary health care.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVO.. .....</b>	<b>12</b>
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>13</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
<b>4.1 Conceitos e prevalência do uso de benzodiazepínicos.....</b>	<b>14</b>
<b>4.2 Breve histórico .....</b>	<b>16</b>
<b>4.3 Atenção primária e dispensação .....</b>	<b>16</b>
<b>4.4 Perfil do usuário e do consumo.....</b>	<b>18</b>
<b>4.5 Causas do abuso de benzodiazepínicos.....</b>	<b>22</b>
<b>4.6 Consequências do abuso .....</b>	<b>24</b>
<b>4.7 Prevenindo o abuso .....</b>	<b>27</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em 2007 assumi o cargo de Enfermeira de uma Equipe de Saúde da Família, no município de Belo Horizonte. Desde o primeiro contato com a população adstrita identifiquei um fato, para mim, no mínimo curioso. Percebi que um número considerável de usuários da minha equipe fazia uso regular, já por um longo período, de algum tipo de benzodiazepínico (BZDs). Esse dado foi, posteriormente, comprovado a partir do diagnóstico situacional construído pela equipe. Com esse diagnóstico situacional, percebi que uma série de fatores estava intimamente ligada à prescrição indiscriminada dessas medicações. A falta de áreas de lazer, a baixa tolerância diante das frustrações na vida, a baixa auto-estima e os problemas sociais da população somadas à falta de critério, conhecimento e orientações no ato de prescrever BZDs eram causas pontuais desse abuso.

Percebi, também, que o consumo exagerado e sem nenhum rigor desses fármacos tinha conseqüências importantes para o processo de trabalho da equipe e da unidade de saúde. Uma vez que a grande maioria das prescrições era equivocada a respeito de sua indicação, a demanda foi se tornando crescente e as agendas ficaram sobrecarregadas. A causa real dos problemas e necessidades da população não era tratada de forma correta e efetiva gerando, portanto uma demanda exagerada.

Tal situação não é diferente da observada na população mundial. Atualmente tem sido apontada como um problema de saúde pública (GALLEGUILLLOS *et al.*, 2003 *apud* FIRMINO, 2008). Os BZDs estão entre os medicamentos mais utilizados de forma inadequada e pouco criteriosa (FIRMINO, 2008).

Suas funções hipnótica e ansiolítica associadas ao baixo risco de óbito e toxicidade na superdosagem levaram os médicos a prescreverem tais medicações de forma indiscriminada e rotineira (COSTA e SILVA,1999 *apud* BERNICK ,1999). No entanto, o abuso no consumo desses fármacos pode comprometer a qualidade de vida do paciente como, também, sobrecarregar os sistemas de saúde, aumentando gastos devido à aquisição excessiva e, muitas vezes, desnecessária.

O propósito desse estudo é refletir sobre a situação mundial e na atenção básica no que diz respeito ao uso indiscriminado dos benzodiazepínicos, buscando as várias causas e conseqüências. Esta reflexão engloba também o perfil do usuário que faz uso desses fármacos,

contribuindo para o entendimento dos problemas relacionados à utilização dos mesmos direcionando as ações de saúde, racionalizando a terapia e reduzindo custos e sobrecarga para o sistema público de saúde.

Nesse sentido, a proposta deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica de forma a contribuir para um melhor conhecimento acerca dos critérios de prescrição e manejo do uso de ansiolíticos. Este estudo poderá atentar os profissionais a respeito do manejo inadequado dos benzodiazepínicos e das consequências de seu abuso ou uso indiscriminado.

## **2 OBJETIVO**

- Realizar uma revisão de literatura sobre o consumo de benzodiazepínicos por usuários da atenção básica, suas causas, conseqüências, bem como medidas para minimizar e prevenir o consumo exagerado e indiscriminado dessas medicações.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa com o objetivo de descrever, analisar e discutir o abuso do consumo de benzodiazepínicos na atenção básica e suas implicações na saúde.

A revisão da literatura narrativa ou tradicional, segundo Cordeiro *et al.* (2007, p. 429), “apresenta uma temática mais aberta ... não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica”.

Esta pesquisa foi realizada através da análise de literatura publicada em periódicos e trabalhos de conclusão de curso e também, da análise crítica da autora. Para tal, foram utilizados trabalhos científicos encontrados na biblioteca virtual, nas bases de dados LILACS (*Literatura latinoamericana en ciencias de la salud*) e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*). Foram utilizados, também, a Biblioteca Virtual em Saúde – Descritores em Ciências da Saúde: <http://decs.bvs.br>) e consultas no Google Acadêmico <http://scholar.google.com.br>. Os artigos selecionados tiveram como critérios de escolha a pertinência com o tema, a data da publicação, compreendidos no intervalo de tempo entre 2004 a 2012.

Descritores utilizados na pesquisa: benzodiazepínicos, ansiolíticos, consumo, atenção primária à saúde.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

Abordo nesta revisão de literatura o conceito, as indicações, propriedades e prevalência do uso de benzodiazepínicos (BZDs), bem como um breve histórico. São abordados também a dispensação na atenção primária, o perfil do usuário e consumo, suas causas e conseqüências do uso abusivo e sua prevenção.

### 4.1 Conceitos e prevalência do uso dos benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são drogas que agem diretamente no sistema nervoso central, alterando aspectos cognitivos e psicomotores no organismo. São várias denominações atribuídas a essa medicação: ansiolíticos, sedativo-hipnóticos “calmantes”. Seus principais efeitos terapêuticos são a sedação, hipnose e relaxamento muscular (TELLES FILHO *et al.*, 2011, p.2.)

Segundo Firmino (2008), os benzodiazepínicos (BZDs) possuem propriedades sedativa, hipnótica, relaxante muscular, anticonvulsivante e amnésica. Os vários tipos de BZDs compartilham o mesmo mecanismo de ação e possuem a mesma ação terapêutica, no entanto são diferentes quanto ao tempo e intensidade de ação, sendo que a sua absorção, na maioria dos casos ocorre imediatamente após a ingestão oral. Após a absorção, ocorre uma transformação metabólica que gera substâncias ativas de meia vida-longa. Essa característica pode gerar efeitos cumulativos com o uso de outras drogas e assim provocar efeitos indesejáveis.

Sabe-se que os BZDs podem levar a altas taxas de tolerância e dependência, o que leva o usuário a aumentar a dose para obter o mesmo efeito terapêutico. Além disso, quando o seu uso é interrompido bruscamente, pode gerar sinais e sintomas contrários ao que se espera dos efeitos da droga (BICCA e ARGIMON, 2008).

A indicação terapêutica dos BZDs é para os casos de ansiedade severa, insônia, epilepsia, espasmos musculares, vômitos provocados pela quimioterapia e no tratamento adjuvante em pacientes que necessitam realizar procedimentos que precisam de anestesia e em pacientes esquizofrênicos (FIRMINO, 2008). Apesar das várias indicações, esse mesmo autor afirma que, rotineiramente, a prescrição desses fármacos é realizada em casos clínicos mal definidos.

Ainda sobre a prescrição dos benzodiazepínicos, Casali (2010) enfatiza a importância de considerar aspectos tais como: necessidade, intermitência e curta duração do tratamento.

Em 2007, a Comissão de drogas e narcóticos da United Nations Office Drugs and Crime (UNODC), através da resolução 44/13, determinou que a prescrição de BZDs fosse fundamentada a partir das seguintes questões: investigação médica que justifique a prescrição, indicação exata e prescrição pelo menor tempo e menor dose possível, necessidade de descontinuidade do tratamento, alerta sobre os riscos de acidentes durante operação de máquinas e direção de veículos, além da interação medicamentosa com o uso concomitante de bebidas alcoólicas (CASALI, 2010, p.16).

Sua utilização para o controle da ansiedade e como esquema coadjuvante em outros transtornos, tanto na psiquiatria quanto na prática médica em geral, pode ser reconhecida como um grande potencial para o abuso e dependência (OLIVEIRA, 2009). A literatura preconiza que os benzodiazepínicos sejam utilizados por curto período de tempo com administração das menores doses terapêuticas devido ao risco de dependência e abuso (SWEETMAN, 2005 *apud* XAVIER, 2010).

Em relação à prevalência, existe uma série de estudos que têm comprovado o uso abusivo de BDZ tanto em países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos. Essas pesquisas estão sendo realizadas desde a década de 60.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) constatou que os fármacos com propriedades ansiolíticas, hipnóticas e antidepressivas eram a classe de psicotrópicos mais prescritos e os BZDs ficam entre os medicamentos mais utilizados de forma errônea (FIRMINO, 2008).

Atualmente estão entre as drogas mais prescritas e consumidas no mundo. Isso se deve à sua eficiência terapêutica bem como a seu baixo risco de intoxicação. Esse dois fatores foram responsáveis pela grande preferência da classe médica a esses medicamentos (FORSAN, 2010). Segundo o CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) cerca de 1 a 3% da população ocidental já fez uso regular dessas medicações (CEBRID, 2003 *apud* por XAVIER, 2010).

Cerca de 2% da população adulta dos Estados Unidos da América e aproximadamente um milhão de pessoas do Reino Unido fazem uso de BZD por mais de 12 meses, como ansiolítico e hipnótico. Desses, aproximadamente 50% fazem uso por 5 anos ou mais (NOMURA *et al.*, 2006 *apud* FIRMINO, 2012).

No Chile, o abuso dessa classe de medicamentos é visto como um problema de saúde pública desde a década de 80, quando foram detectados índices altíssimos do consumo, sem um

quadro clínico justificável (GALLEGUILLOS *et al.*, 2003 *apud* FIRMINO, 2012). No primeiro levantamento domiciliar realizado no Brasil, em 2001, 3,3% dos entrevistados informaram que usavam BDZs sem prescrição médica. Acredita-se que a população adulta usuária crônica de psicofármacos seja em torno de 1,6% (LARANJEIRA e CASTRO, 2000 *apud* FIRMINO, 2012). A estimativa demonstra que o consumo de benzodiazepínico dobra a cada cinco anos (AUCHEWSKI *et al.*, 2004 *apud* XAVIER, 2010).

## **4.2 Breve Histórico**

Segundo Bernik 1999 citado por Casali (2010) os BZDs foram descobertos na década de 50, fato esse considerado como o segundo marco do ponto de vista terapêutico para a psiquiatria.

Os primeiros benzodiazepínicos foram descobertos pelo Dr. Leo H. Sternbach, em New Jersey – EUA. Essas drogas receberam tal denominação devido à sua estrutura central que consiste na união de um anel de benzeno com 1,4 de diazepina. Durante a produção do primeiro BZD, acidentalmente, foi produzida uma substância, o clordiazepóxido. A mesma, segundo experiências realizadas na época, possuía efeitos anticonvulsivantes e tranqüilizantes (BERNIK, 1999 *apud* CASALI, 2010).

O clordiazepóxido foi utilizado em pacientes esquizofrênicos, no entanto não teve boa resposta para a psicose em questão, apenas reduziu a ansiedade desses pacientes. Devido à sua eficácia e segurança, essa droga provocou uma revolução no tratamento da ansiedade. Os barbitúricos e o meprobamato, antes utilizados para tal demanda, foram substituídos pelos BZDs por provocarem nos pacientes menos sedação e dependência. A partir desse momento, os mesmos foram se tornando drogas cada vez mais populares. Nessa época, passaram a ser amplamente divulgados pela indústria farmacêutica (FIRMINO, 2008). Na década de setenta, o diazepam já era a droga mais prescrita para o tratamento das doenças relacionadas ao Sistema Nervoso Central (BERNIK, 1999 *apud* CASALI, 2010).

## **4.3 Atenção Primária e Dispensação**

O uso indiscriminado de BZD é uma realidade mundial e vem sendo considerado em muitos países como um problema de saúde pública.



Na década de 80, o Brasil passou por um movimento denominado reforma sanitária que tinha como bandeira a melhoria das condições de saúde da população, baseada em princípios como a universalidade, integralidade, equidade. O direito à saúde era garantido pelo Estado.

Nesse contexto de transformação, paralelamente ocorria, também, o movimento da reforma psiquiátrica, movimento esse que estava em busca de desconstruir conceitos e práticas que isolavam e excluía a loucura do contexto da sociedade. Esse novo olhar procurava deslocar o atendimento e tratamento centrado no hospital para uma ótica ampliada, que contemplasse a família, as relações sociais e os vínculos construídos por um sujeito que vivencia uma situação de sofrimento. Além disso, os reformistas queriam que o sujeito fosse acompanhado dentro do território onde ele vive, em sua comunidade, através de ações de prevenção, promoção, tratamento e de reabilitação. É nesse momento que entra a Atenção Básica como parceira, evitando o distanciamento entre a comunidade e determinados fenômenos que se originaram dela, como no caso, o sofrimento mental (ANTONACCI e PINHO, 2011).

No Sistema Único de Saúde, a atenção básica é considerada como o primeiro contato entre o paciente e o serviço básico de saúde. É através dessa primeira porta que o paciente entrará em contato com o profissional de saúde, onde será devidamente encaminhado, segundo suas demandas.

Uma das estratégias das quais a atenção básica lança mão são as equipes de Saúde da Família. Essas equipes, pela proximidade com as famílias e com a comunidade são consideradas o recurso ideal para o enfrentamento de agravos como o uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2003 *apud* XAVIER, 2010).

Sabemos que grande parte da população que frequenta as unidades básicas de saúde sofre algum tipo de transtorno mental. A ansiedade é uma das maiores demandas potenciais para os serviços de saúde. Segundo o Manual de Condutas Médicas (2003) citado por Xavier (2010), a prevalência dos transtornos de ansiedade nos serviços de atenção primária em saúde corresponde a 26,7% a 39,6% do total de paciente atendidos.

Atualmente, é possível verificar um número cada vez mais significativo de pacientes com algum transtorno mental nas unidades básicas de saúde. Conseqüentemente, verificamos um aumento das prescrições de ansiolíticos e antidepressivos, principalmente os BZDs, fato esse que tem sido considerado em muitos países como um problema de saúde pública.

De acordo com estudos realizados, as principais indicações de BZDs na atenção básica são para o tratamento da insônia, ansiedade severa, epilepsia, espasmos musculares, síndrome da abstinência alcoólica e como adjuvante no tratamento das esquizofrenias (SWEETMAN, 2005 *apud* FIRMINO, 2012).

O uso desses medicamentos, muitas vezes, é acompanhado de abusos ou uso indevido, em consequência de desconhecimento e automedicação (XAVIER, 2010). Um estudo alerta que a prescrição médica sustenta o uso crônico de BZD e que, em muitos casos, os paciente não são informados acerca dos eventos adversos causados pela medicação (AUCHEWSKY *et al.*, 2004 *apud* XAVIER, 2010).

No Brasil, a atenção básica distribui BZDs gratuitamente através de programas governamentais, procedimento esse que ocorre com poucas medidas de controle, o que permite o acesso facilitado desses fármacos (CRUZ *et al.*, 2006 *apud* TELLES FILHO *et al.*, 2011). Em Curitiba, foram analisados dados sobre pacientes que compravam BZDs nas drogarias, onde constataram que 61% faziam uso contínuo por mais de 1 ano. Desses, 94% não conseguiam suspender o tratamento. Apenas 22% receberam as orientações quanto ao tempo de uso (CASALI, 2010). O uso indevido, por sua vez, pode se tornar uma ameaça para o paciente quando esse não consegue mais ter controle sobre o seu consumo (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Firmino (2008) afirma que os programas de saúde deveriam nortear sua ação para a orientação e educação do paciente quanto aos aspectos que podem afetar sua qualidade de vida, e intervir no sentido de minimizar os agravos do uso indiscriminado de BZD.

#### **4.4 Perfil do usuário e do consumo**

Segundo Firmino (2008), em relação ao consumo abusivo de BZDs, podem-se considerar dois tipos de abusos e, conseqüentemente, dois grupos heterogêneos de consumidores. O primeiro tipo de abuso seria o considerado “recreativo” ou irresponsável e o segundo, o crônico e responsável. O primeiro caracteriza-se pelo uso prolongado, em doses mais altas, geralmente sem prescrição médica e com a finalidade de se beneficiar dos efeitos. Em sua maioria, o abuso vem associado ao uso de drogas (normalmente opióides) e álcool. No mundo, cerca de 15% de usuários de heroína utilizam rotineiramente o BZD, por mais de um ano. O perfil desse primeiro tipo de abuso é de jovens do sexo masculino, que vão em busca de sensações

de prazer e alívio dos sintomas provocados por outras drogas. Já o abuso crônico e responsável é aquele onde o usuário utiliza o BZD por tempo prolongado, em doses terapêuticas e sob prescrição médica. Esse tipo de abuso está associado a um perfil caracterizado por mulheres, idosos e portadores de doenças crônicas.

Outro estudo realizado na cidade de São Paulo demonstra dois perfis de usuários identificados: “o primeiro, composto por mulheres de meia idade que estão em busca do efeito ansiolítico e o segundo composto de idosos em busca do efeito hipnótico” (ORLANDI e NOTO, 2005 *apud* CASALI, 2010, p.17).

Através de um estudo descritivo sobre a prevalência da utilização de BZD, realizado com idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Diamantina, Telles Filho *et al.* (2011) chegaram às seguintes conclusões: a prevalência é maior na faixa etária de 71 a 75 anos, com 88,88% do gênero feminino, principalmente entre viúvas e aposentadas.

Nessas mulheres, a prevalência é maior devido ao risco de isolamento social e, conseqüentemente, maior prevalência da depressão e ansiedade (MARIN *et al.*, 2008).

O papel da mulher de cuidadora, as preocupações com a família e com os filhos e as dificuldades sócio econômicas podem levar a tensões que podem acarretar o abuso de BZDs. Os mesmos são utilizados para acabar com sofrimentos e desentendimentos (MENDONÇA *et al.*, 2008).

Além disso, essa convergência do gênero feminino com distúrbios psiquiátricos pode ser explicada pelo fato de as mulheres viverem mais que os homens e, por esse motivo, sentem mais o peso do envelhecimento. Outro fator que poderia explicar a grande prevalência desse gênero seria o fato das mulheres freqüentarem mais os centros de saúde, acarretando uma relação médico paciente mais intensa do que com os homens, possibilitando que o médico identifique suas demandas para, posteriormente tratá-las, muitas vezes utilizando o BDZ. Mendonça *et al.* (2008) ressalta, ainda, a tendência das idosas de classe social mais baixa se recolherem, cada vez mais, ao domicílio. Esse fato coincide com a inserção dos homens aposentados ou doentes nas residências.

Diante desses fatos, verifica-se que a estrutura familiar passa por mudanças significativas em seu contexto, os conflitos e desentendimentos podem aumentar, fato esse responsável pelo uso abusivo de calmantes.

Em relação à escolaridade, estudo realizado por Telles Filho *et al.* (2011) mostra que a prevalência foi maior em usuários que possuíam o primeiro grau incompleto (66,66%). Os medicamentos mais usados foram: Diazepam (37,03%), Clonazepam (25,92%), Bromazepam (18,51%) e Alprazolam (11,11%). Sobre a prescrição médica, 88,90% relatam possuir receita médica; desses idosos, somente cerca de 33,33% informam seguir a receita como prescrito pelo médico. Cerca de 11,10% dos idosos não possuíam receitas, apesar de fazerem uso rotineiro da medicação.

Lucchetti *et al.* (2010) realizaram um estudo em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), revelando o quanto é grande o consumo de psicofármacos prescritos para os distúrbios comportamentais de seus idosos. Esse estudo foi realizado com 209 pacientes; dos quais 123 (58,9%) internados tinham prescrição de algum tipo de psicofármacos, o que demonstra um alto consumo dos mesmos psicofármacos em ILPI.

O uso desses fármacos no contexto das instituições de longa permanência para idosos pode ser justificado pelas características clínicas dos pacientes que podem apresentar quadros depressivos, ansiosos, má qualidade do sono, perda da autonomia e dependência física. Nesses casos, apesar de todos os riscos e efeitos colaterais que os BZD provocam nos idosos torna-se muito difícil sua suspensão nos casos de insônia e ansiedade (LUCCHETTI *et al.*, 2010).

O idoso asilado, muitas vezes fica exposto a aspectos como iluminação inadequada ao sono, barulho, interrupção da equipe de enfermagem, além da grande prevalência de incontinência urinária, fatores esses que podem comprometer a qualidade de seu sono. Muitas vezes, a imagem de que os idosos são física e emocionalmente frágeis, incapazes, deprimidos e doentes acaba por promover o aumento das prescrições de medicamentos, como os BZDs (MENDONÇA *et al.*, 2008).

Além disso, as modificações que ocorrem ao longo da vida, como a aposentadoria e perda de papéis sociais podem contribuir para o aumento do consumo de calmantes (ISACSON, 1997 *apud* MENDONÇA *et al.*, 2008).

Mendonça *et al.* (2008) relatam, também, um estudo muito interessante acerca da interação entre gênero, envelhecimento e consumo particularizado de BZDs. Os autores procuram entender como essa interação interfere na forma de utilizar, e como as idéias sobre os calmantes são (re) significadas pelos consumidores. Após a realização de uma entrevista estruturada com 18 idosas, pacientes psiquiátricas do serviço público ambulatorial do Núcleo de Saúde Mental, pertencentes a classes populares da cidade de Ribeirão Preto, os autores chegaram às seguintes conclusões: o consumo de calmantes aumenta entre as mulheres idosas, que passam a tratar conflitos e questões cotidianas através do uso de medicamentos. Essas mesmas mulheres possuem frequência rotineira aos serviços de saúde, por vários anos. Assim, se sentem empoderadas de conhecimentos e experiências sobre o uso de calmantes, promovendo, muitas vezes, a distribuição do mesmo na sociedade.

Firmino (2012), após realizar uma análise das indicações de BZDs no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, verificou que aproximadamente 75% das prescrições eram de mulheres e indivíduos adultos e 25% eram destinadas aos idosos. A média de idade foi de 49,7 anos. Houve prevalência do gênero feminino (74%) contra 25,7% masculino. O tempo médio de tratamento observado foi em média superior a 12 meses; desses, 50% dos pacientes usaram a medicação por mais de 6 meses. A droga que mais uma vez liderou nas prescrições foi o Diazepam, com 59,7% do total de receita.

Ao contrario do que ocorre com outros medicamentos, muitas vezes substituídos por outras drogas mais potentes e mais seguras, essa medicação, em especial, tem se mantido entre os medicamentos mais populares de todo o mundo, sendo evidenciado por estudos em vários países (FIRMINO, 2012).

Oliveira (2009) retrata um estudo realizado com 1081 pacientes atendidos no Programa de Saúde Mental da zona sudeste de Santiago - Chile, por um período de 6 meses. Desses, 10,3% foram diagnosticados como dependentes de BDZ e a média de idade foi de 60 anos com proporção de gênero de 3,3 mulheres para cada 1 homem. Cerca de 66,6% possuíam ao menos uma patologia mental associada. (20% possuíam desânimo, 12,6% ansiedade generalizada, 7% pânico, 9% transtorno do sono, 4,5 % demência, 16% transtorno misto ansioso-depressivo e 11% transtorno de personalidade.

Em relação às condições sócio econômicas, Lima (2008), através de um estudo cujo objetivo era avaliar a influência das condições socioeconômicas na associação entre transtornos

mentais comuns (TMC) e uso de psicofármacos chegou à seguinte conclusão: embora a baixa renda fosse fator de risco para TMC, era no grupo de renda mais elevado que se observava maior consumo de psicofármacos.

#### **4.5 Causas do abuso de benzodiazepínicos**

A literatura tem demonstrado ao longo dos anos um consumo abusivo de benzodiazepínicos. Neste estudo são abordadas algumas das possíveis causas do uso indiscriminado, através da revisão bibliográfica proposta.

Segundo Huf, Lopes e Rozenfeld (2000) citados por Xavier (2010, p.16), o tempo de duração do tratamento utilizando benzodiazepínico não é abordado de forma clara pelos principais tratados de farmacologia. Segundo os mesmos autores “o uso de benzodiazepínicos em doses terapêuticas, numa base diária por mais de quatro meses, constitui fator de risco para o aumento da toxicidade, especialmente déficit cognitivo e desenvolvimento da dependência”.

A prescrição médica inadequada contribui muito para o uso prolongado dessas drogas. Segundo estudo realizado por Firmino (2008), onde foram avaliadas as indicações de BZDs no município de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, concluiu-se que 70% das prescrições eram inadequadas, levando-se em consideração a indicação e o tempo de tratamento. Um fato mais grave foi observado nesse estudo: a grande maioria dos prescritores reconhece a dependência já instalada, no entanto mantém a prescrição sem ao menos tentar realizar mudanças no tratamento.

O autor alerta para o fato de que, baseado na segurança que a droga oferece, associado à pressão do paciente para adquirir o medicamento e o medo de criar um conflito com seu paciente possam servir como explicações de tantas prescrições inadequadas por parte do profissional. Firmino (2008) cita ainda o estudo de Dybwad (1996) realizado na Noruega que afirma que entre os fatores que levam os clínicos a prescrever BDZ está a dificuldade em negar a receita.

A maioria dos usuários recebe prescrições de clínicos gerais ou de outras especialidades, e não de psiquiatras. Isso favorece o início de diversos efeitos adversos do uso crônico e inadequado (ORLANDI e NOTO, 2005). Firmino (2012) confirma esse fato mostrando que 80% das prescrições médicas avaliadas em seu estudo foram prescritas por clínicos gerais,

seguidas por cardiologistas e neurologistas. Os psiquiatras foram responsáveis pela emissão de somente 0,2% das receitas totais.

Além disso, no Brasil, a automedicação ocorre como um fato comum, o que pode levar a sérias complicações como o agravamento das patologias, quadros de intoxicações e interações medicamentosas perigosas. Segundo Conrad (1992) citado por Mendonça *et al.* (2008) os medicamentos nem sempre são prescritos pelos serviços de saúde ou pelo médico. Muitas vezes, os consumidores crônicos acreditam incorporar conhecimentos e experiências achando-se aptos para indicá-los, ora se automedicando, ora “prescrevendo”. Tornam, portanto, a medicalização um processo autônomo das prescrições médicas. É muito comum, também, verificar que, apesar da prescrição, muitos usuários não fazem uso corretamente, ou seja, não seguem as recomendações médicas. Muitos não conseguem entender as prescrições médicas e internalizam somente algumas informações. Outros, como já comentado anteriormente, se acham aptos para usar conforme sua vontade.

Alguns dos idosos estudados por Telles Filho *et al.* (2011) relatam que fazem uso da medicação descontinuamente, ou seja, só utilizam quando se sentem incomodados, fato esse que remete à condição da dependência psicológica desse paciente. O que se observa é que o idoso pode manter-se sem a medicação por algum tempo, mas por qualquer motivo externo, normalmente emocional, retorna ao uso da medicação.

Essa situação é relatada por autores de renome que referem o quanto é comum e mais rápido para o usuário de ansiolíticos fazer o uso da droga a ter que enfrentar situações de estresse cotidianas (CRUZ *et al.*, 2006 *apud* TELLES FILHO *et al.*, 2011).

A absolutização da medicação, aparentemente sugerida pelas indústrias farmacêuticas, tem como propósito ser agente construtor de um sujeito sem conflitos, como mais um instrumento de modelização subjetiva, de formatação de padrões de normalidade que pretendem dar conta de todos os conflitos da natureza [...] com isso, a medicalização da vida vem se caracterizando por transformar fenômenos de ordem social, política e econômica em problemas médicos... (GONÇALVES e FERREIRA, 2008, p.640-1).

Os efeitos que os benzodiazepínicos proporcionam como ansiolíticos, tranqüilizantes, hipnóticos, sedativos, miorrelaxantes, associados à absorção rápida independente da via de administração devido à sua alta lipossolubilidade promovem o consumo abusivo dessas medicações (BERNIK, 1999 *apud* XAVIER, 2010).

O uso indiscriminado envolve o usuário, sua família e o médico que prescreve tal medicação. A falta de informação e a baixa percepção dos efeitos deletérios do abuso de BZD por esses três personagens parecem ser um dos principais fenômenos que levam ao consumo exagerado de BZD (XAVIER, 2010). Muitas vezes a família, com seus conflitos, é tida como principal causa do consumo de calmantes, ficando de lado os aspectos biológicos e individuais. Esses conflitos nem sempre chegam ao conhecimento médico, muitas vezes eles se traduzem em sintomas como insônia, tristeza, ansiedade e nervosismo (MENDONÇA *et al.*, 2008).

O que se sabe, também, é que os indivíduos que fazem uso indevido de benzodiazepínicos, geralmente o fazem para lidar com situações estressantes. Acreditam que o medicamento irá resolver seus problemas cotidianos (XAVIER, 2010). Atualmente verifica-se uma tolerância cada vez menor da população diante de frustrações e obstáculos da vida, o que tem contribuído para o abuso de medicações que provocam euforia, excitação e maior motivação para realizar atividades do dia a dia. Existem alguns estudos que correlacionam a maior incidência de abuso de ansiolíticos em usuários que enfrentam longas jornadas de trabalho e ficam mais expostos a condições estressantes. Esse fator pode contribuir para um início precoce do fármaco e conseqüente uso prolongado e dependência (MOLINA, 2008).

O usuário dependente de BZD cria estratégias para conseguir a medicação controlada, tornando ruim a relação entre médico e paciente. Cria-se certo constrangimento ao médico que se sente acuado e “forçado” a prescrever o medicamento, mesmo sem indicação clínica clara e pontual (XAVIER, 2010).

Supõe-se que grande parte da popularidade alcançada pelos BZDs ocorra pelo fato de ser uma droga com eficácia ansiolítica e hipnótica associada à sua margem de segurança, onde raramente ocorre uma morte por *overdose* (BERNIK, 1999 *apud* XAVIER, 2010).

#### **4.6 Consequências do abuso**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso responsável de algum medicamento ocorre quando o paciente recebe a substância e a dose adequadas, por período de tempo definido, baseados no quadro clínico apresentado (FIRMINO, 2008). Portanto, se utilizados por curto prazo e de forma intermitente, os BZDs podem ter um bom efeito terapêutico, não acarretando para o paciente nenhum efeito tóxico ou maléfico à saúde. Os eventos adversos,



em sua maioria, ocorrem em casos de uso crônico e prolongado, automedicação e uso recreativo em doses acima do recomendado (ASTHON, 1995 *apud* CASALI, 2010).

Mesmo que o uso de benzodiazepínicos seja considerado tranquilo devido à sua grande margem de segurança, é possível verificar a existência de efeitos adversos, relacionados em sua grande maioria com seu principal efeito: a depressão do sistema nervoso central. Alguns dos principais efeitos são as perdas de memória, piora do desempenho psicomotor, dependência fisiológica, comportamental e psicológica (XAVIER, 2010).

É importante ressaltar, também, que os BZDs, quando associados a outras drogas podem provocar intoxicações agudas acidentais em cerca de 30 a 40 % dos pacientes que o utilizam. A depressão respiratória é um exemplo. A mesma pode ser provocada ou agravada quando se usa BZD com outra droga que também deprime o sistema nervoso central (SNC). Isso ocorre particularmente em idosos ou em pacientes que possuem alguma patologia respiratória. Verifica-se também que as drogas que atuam no sistema cardiovascular podem ter seus efeitos potencializados devido à propriedade hipotensora do benzodiazepínico (ASTHON, 1995 *apud* CASALI, 2010).

Esses fármacos podem causar também a “amnésia anterógrada”. É um tipo de amnésia causada pelo uso de benzodiazepínicos, independente da via de administração que causa redução das lembranças de fatos ocorridos enquanto o sujeito está sob ação da droga (LARANJEIRA e CASTRO, 1996 *apud* XAVIER, 2010). Quando consumida em doses mais altas do que foi prescrito pode ocasionar efeitos colaterais como sonolência, ataxia e hipotensão (KAROLKOVAS, FRANÇA e CUNHA, 2006 *apud* TELLES FILHO, 2011).

Com relação ao desempenho psicomotor, as tarefas mais prejudicadas pelo uso de benzodiazepínicos são a manutenção da atenção, velocidade de desempenho e precisão, o que se torna muito prejudicial para aquelas pessoas que exercem atividades onde esses fatores são essenciais (MENDONÇA *et al.*, 2008).

Além disso, o uso inadequado e abusivo pode agravar a alteração do estado psicomotor, o que pode se transformar em um fator de risco para quedas, especialmente em idosos (ASTHON, 1995 *apud* CASALI, 2010). Daí a importância de tomar a medicação no horário determinado pelo médico, evitando efeitos indesejáveis no horário de alguma atividade diária, evitando possíveis riscos de acidentes para o paciente (TELLES FILHO, 2011).

Os benzodiazepínicos alteram a capacidade de julgamento, o sujeito pode perder a capacidade de não perceber, em detrimento de seu desempenho, ficando mais exposto a acidentes. Há evidências de que o uso de BZD está associado a acidentes automobilísticos (BARBONE *et al.*, 1998 *apud* XAVIER, 2010). Gadsby (2000) citado por Casali (2010) refere que cerca de 40% dos acidentes de trânsito estejam associados ao uso de hipnóticos e sedativos. Um estudo realizado nos Estados Unidos revelou que a sonolência durante o dia interferia nas atividades diárias de 37% dos adultos que fazem uso de substâncias hipnóticas e o quanto é freqüente a ocorrência de acidentes de trabalho.

O uso crônico de BZD pode levar a um quadro de tolerância, levando o paciente a ter que aumentar a dose ao longo do tempo, o que torna maior o risco de uma superdosagem (FIRMINO, 2008). Clinicamente, observa-se um comprometimento do comportamento dos sujeitos que consomem BZD indiscriminadamente. Ocorre uma preponderância de comportamentos associados à busca, aquisição e consumo da droga, caracterizando a dependência (HAEFELY *et al.*, 1986 *apud* XAVIER, 2010). Os primeiros sintomas de dependência quando o uso do BZD é suspenso abruptamente são: agitação, insônia, perda de apetite. Além disso, ocorre a piora dos sintomas depressivos e psicóticos. Existem também relatos de convulsões nesses casos (BRASIL, 2000 *apud* XAVIER, 2010).

Em idosos, as conseqüências são ainda piores. A redução das reservas fisiológicas e a diminuição do *clearance* renal e polifarmácia podem provocar alterações na ação dos psicofármacos em seu organismo. Daí a importância de se levar em conta os reais benefícios do uso de sedativos e hipnóticos em contrapartida aos riscos cognitivos e de queda que eles provocam. O que se sabe até então é que os benefícios são menores que os malefícios (FIRMINO, 2008).

Além desses aspectos, Firmino (2008) chama atenção para a importância do uso restrito de BZD para idosos, pois considera que nessa faixa etária a meia vida do fármaco aumenta e prolonga a sedação, aumentando o risco de fraturas e quedas. As quedas constituem uma das maiores causas de incapacidade, morbidade e morte em idosos (PASSARO *et al.*, 2000 *apud* CASALI, 2010).

Apesar de todas as restrições, ainda é comum e rotineiro verificar a quantidade de prescrições de BZD para idosos. Nesses casos, antidepressivos tricíclicos são prescritos, o que pode levar

a um agravamento da sedação e relaxamento da musculatura, aumentando ainda mais o risco de quedas, fraturas, morte e incapacidades (FIRMINO, 2008).

Outra consequência observada devido ao uso abusivo e inadequado de BZD está não apenas na mudança de qualidade de vida das pessoas, como também no aumento dos gastos com a saúde. A aquisição excessiva de medicações sem indicações adequadas aumenta os gastos da saúde e sobrecarrega o sistema de saúde. O uso abusivo também pode gerar despesas com procedimentos de maior complexidade, internações e tratamentos decorrentes de agravos como quedas, incapacidades, fraturas, dentre outros. Além dos custos para a saúde, verifica-se, no dia a dia das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a sobrecarga das agendas e dos serviços oferecidos para os usuários que vão em busca de prescrições e dispensação desses medicamentos.

#### **4.7 Prevenindo o abuso**

Um aspecto importante para a prevenção do abuso de benzodiazepínicos é que sejam estimuladas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica com a inclusão de diretrizes que atendam a dimensão subjetiva dos usuários e dos problemas de saúde mental (BRASIL, 2011).

Para que as ações de saúde mental sejam incorporadas na atenção básica é necessário capacitar os profissionais para tais demandas. Buscar conhecimento e práticas que viabilizem esse tipo de atendimento é de extrema importância para se evitar o uso indiscriminado e sem critério dos BZDs.

Um estudo realizado por Antonucci e Pinho (2011) demonstra a importância de se criar espaços de troca, de escuta atenta e de corresponsabilização em relação às demandas dos usuários, fortalecendo o vínculo entre serviços, usuários e trabalhadores. Os mesmos autores destacam também a importância desses espaços para se discutir e repensar os conflitos, buscando diminuir as limitações impostas pelo sofrimento e aumentar a autonomia que lhe foi cercada pelo sofrimento mental.

Além disso, esses espaços coletivos propiciam aos usuários estreitar relações interpessoais, possibilitando o surgimento de ajuda mútua, de compartilhar situações. Dessa forma, o indivíduo se ajuda e passa a tentar ajudar o outro. Os cuidados prestados a um portador de

sofrimento psíquico devem ir além de ações meramente clínicas, pois “a necessidade de tratar o indivíduo, não só com enfoque na medicação, mas articulando novas práticas que busquem a restituição da vida” fica claro no estudo de Antonucci e Pinho (2011, p.141). O que se percebe na análise dos autores é que, para os sujeitos que utilizam psicofármacos, esse uso constante gera um sentimento de limitação, de exclusão, como se estivessem presos a si mesmos. Diante disso, os psicofármacos devem ser considerados como uma parte integrante do tratamento do transtorno mental e não como a única alternativa existente.

Algumas experiências de intervenções vêm sendo realizadas nos sistemas de saúde com o objetivo de diminuir o uso inadequado de medicamentos e têm trazido resultados positivos. O Departamento de Saúde do Estado de New York (EUA) implementou em 1989, a *Triplicate Prescription Police* (TPP) para o uso de BZDs. Os médicos, nesse caso, devem pagar uma determinada taxa quando prescrevem essas medicações. Além disso, recebem um número seriado para as prescrições. Em Hong Kong, desde 1992, o governo classifica os BZD'S como medicamentos perigosos; um estudo constatou que, após a nova legislação, houve uma diminuição das prescrições de tais substâncias como as ansiolíticas (FIRMINO, 2008).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o órgão responsável pela fiscalização e controle dos medicamentos sujeitos ao controle especial. Seu objetivo é conter o abuso dessas medicações, além de proteger e promover a saúde da população. A portaria nº344/98, do Ministério da Saúde, atualizada pela Resolução RDC nº. 40, de 15/07/2009), é que define as diretrizes de uso, dispensação e controle dos medicamentos de controle especial (BRASIL, 1998). No entanto, não é o que se observa na prática, a fiscalização ainda está muito aquém do que seria considerado adequado e necessário (FIRMINO, 2008 *apud* CASALI, 2010).

Além de garantir o acesso ao medicamento, a assistência farmacêutica precisa fazer muito mais. É preciso criar políticas que visem o acompanhamento de medicações de controle especial, no sentido de certificar se as prescrições estão de acordo com indicações clínicas bem definidas segundo evidências científicas e normas legais. Como já relatado anteriormente, é preciso prescrever de forma responsável, de acordo com a necessidade real do paciente, na dose correta, por um tempo determinado, com acompanhamento periódico e custo razoável.

Na ausência de qualquer desses aspectos pode cometer-se o abuso no uso dessas medicações, consequentemente, provocando efeitos indesejáveis aos usuários do sistema de saúde.

É importante ainda ressaltar que o serviço público de saúde não está preparado para enfrentar a dependência química de BZD's. Essa abordagem deve ser multidisciplinar, contando com a participação de terapias complementares como a psicologia, terapia ocupacional, profissional de educação física, assistente social e o enfermeiro.

É preciso capacitar profissionais em relação ao acompanhamento psicoterapêutico e medicamentoso, criar protocolos bem estruturados para nortear as ações médicas. Necessita-se também melhorar os programas de atenção farmacêutica, contando com apoio de centros de convivência, academias da cidade, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), criar espaços educativos. Outros aspectos a serem considerados são o suporte e o apoio, como no caso os matriciamentos que incluem o planejamento da organização dos serviços com base numa estrutura de tipo matricial, cruzando projetos e funções, e sob uma gestão participativa, na qual estão envolvidos os diversos profissionais. Além disso, contratar médicos especialistas em saúde mental. Todas essas medidas poderiam ser criadas com o objetivo de diminuir o abuso do uso de BZDs (FIRMINO, 2008).

Oliveira (2009), em seu trabalho, reforça a importância de tentar um tratamento de desintoxicação o qual deverá acontecer de forma gradual, cautelosa e controlada. Deve ser indicado para determinados pacientes, cujo prognóstico seja positivo à ação que se quer realizar. A recomendação é diminuir 10 – 15% da dose diária o equivalente a 2 mg de diazepam a cada 2 semanas. Ao mesmo tempo, introduzir medicamentos recomendados como os antidepressivos que possuem o uso mais difundido, como a Fluoxetina e os tricíclicos. Também é demonstrada a utilização de antihistamínicos, antipsicóticos (SUSUKI, 2006 *apud* OLIVEIRA, 2009).

É também de extrema importância que, no processo de desintoxicação, assim como para qualquer tipo de abuso de substância, exista o estabelecimento de uma sólida aliança terapêutica embasada na educação sobre dependência e seus potenciais efeitos nocivos. Nesse processo, é importante dar continuidade ao tratamento, obedecendo o tempo que o sujeito necessita para passar por todo o processo. O acolhimento e acompanhamento devem ser contínuos, principalmente no momento em que os sintomas de abstinência aparecem (OLIVEIRA, 2009).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso e o abuso dos BZDs têm assumido uma proporção de tal magnitude, em todo o mundo, que não é exagero classificá-los como um grave problema de saúde pública, uma vez que sua indicação é feita indiscriminadamente, gerando muito mais malefícios do que benefícios.

Indicados, inicialmente, para casos de ansiedade severa, epilepsia, esquizofrenia e outros transtornos graves, os benzodiazepínicos tiveram o seu uso indiscriminadamente estendido a problemas relacionados à ansiedade, estresse, insônia e desânimo em relação a enfrentamento de problemas comuns. Além disso, sua eficiência terapêutica e seu baixo risco de intoxicação somados ao envelhecimento de uma população com pouco ou nenhum acesso a terapias e trabalhos que facilitem sua inserção na sociedade têm provocado, no mundo todo, um consumo exagerado de BZDs, o que vem sendo considerado em muitos países como um sério problema de saúde pública.

Observa-se, também, a indicação muitas vezes inadequada do uso desses fármacos, sendo pela segurança que essas drogas oferecem, seja pela pressão do paciente, “impaciente” por obter um efeito rápido à solução de seus conflitos. O fato é que, esse uso inadequado pode provocar no indivíduo consequências sérias para sua saúde, como, também, gerar uma sobrecarga para os serviços de saúde.

Na atenção básica é isso que temos observado, um aumento crescente do consumo de benzodiazepínicos, gerando um fluxo constante de paciente em busca dessas drogas, que estão sofrendo de algum mal relativo ao seu abuso, sobrecarregando agendas médicas, profissionais e setores como a farmácia local. A dependência por essas medicações levam o paciente, com muito mais frequência, às unidades de saúde. De acordo com a legislação que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial - Portaria 344/98 SVS/MS, citada neste trabalho, o paciente que faz uso desse tipo de medicação deverá retornar ao centro de saúde com um intervalo de no máximo 2 meses, tempo de validade da receita.

Diante do exposto, é preciso um controle mais rigoroso da assistência farmacêutica na dispensação dessas medicações, é preciso criar políticas públicas no sentido de certificar se as indicações e o uso estão corretos. É importante capacitar os profissionais prescritores para diminuir a frequência do uso crônico e indiscriminado. Criar programas de saúde com o objetivo de orientar e educar a população quanto aos aspectos que podem afetar sua

qualidade de vida, minimizando os agravos do seu uso inadequado. A criação de programas de atividades físicas, culturais e sociais, espaços de trocas e terapias no sentido de demonstrar outras formas de lidar com os conflitos da vida.

## REFERÊNCIAS

ANTONACCI, H.A., PINHO, L.B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.1, p.136-142, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n1/a18v32n1.pdf>

ASHTON, C.H. Toxicity and adverse consequences of benzodiazepine use. **Psychiatric Annals**. v.25, 1995 ,p.197-212. *Apud* CASALI, F.T. **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 – MG**, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002179>. Acesso em: 18 jul 2012.

AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.1, p.27-34, 2004. *Apud* XAVIER, I.D.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em:< <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>> Acesso em 23 jul.2012.

BARBONE, F. *et al.* Association of Road-Traffic Accidents with Benzodiazepine Use. **Lancet**, 352:1, 3331- 1 336, 1998. *Apud* XAVIER, I.D.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em:< <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>> Acesso em 23 jul.2012.

BERNIK, M.A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. São Paulo, EDUSP, 1999. 242p. *Apud* XAVIER, I.D.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em:< <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>> Acesso em 23 jul.2012.

BICCA, M.G; ARGIMON, I.I.L. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57, n.2, p.133-38, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n2/a09v57n2.pdf>. Acesso em 19 de agosto de 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2011. 244 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_promocao\\_saude\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_promocao_saude_4ed.pdf) Acesso em: 08 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e atenção básica – o vínculo e diálogo necessários**. Brasília, 2003. *Apud* XAVIER, I.D.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em:< <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>> Acesso em 23 jul.2012.



BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de Assistência psiquiátrica em HIV / AIDS**. 2ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. *Apud* XAVIER, I.D.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>> Acesso em 23 jul.2012.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998, 31 de dez. 1998. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm)

CASALI, F.T. **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 – MG, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002179>. Acesso em: 18 jul 2012.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO DE DROGAS PSICOTROPICAS (CEBRID) – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). Departamento de Psicofarmacologia. *Haja ansiedade. haja insônia*. **Bol. CEBRID**, v.47, n.11, jan/fev/mar de 2003. *Apud* XAVIER, I.D.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>> Acesso em 23 jul.2012.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, v. 18, p. 209-232, Aug. 1992. *Apud* MENDONÇA, R.T. et al. Medicalização de mulheres idosas e Interação com consumo de calmantes. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.95-106, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200010)>. Acesso em 23 jul. 2012.

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M. O. RENTERIA, J. M.; GUIMARÃES, C. A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 34, n. 6, p. 428-31, nov./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>. Acesso em: 25 de set. 2012.

COSTA e SILVA, J.A. História dos benzodiazepínicos. In: BERNIK, M.A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. São Paulo: EDUSP, 1999. 242p. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=4MABMI1eLwC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=Costa+e+silva+a+historia+dos+benzodiazepinicos&source=bl&ots=ExoDRw3W1v&sig=sUdDbNdHoRuP8AHEU2DI2VkaDI4&hl=pt-BR&sa=X&ei=0FNfUPCoK4Lc9ATRnIDwAg&ved=0CCAQ6AEwAA>> Acesso em: 19 set. 2012.

CRUZ, A.V. *et al.* Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí – SP. **Rev Cienc Farm Básica Apl.**, v.27, n.3, p.259-67, 2006. *Apud* TELLES FILHO, P.C.P.T *et al.* Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**, v.15, n.3, julho, 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci_arttext)> Acesso em: 30 jul. 2012.

FIRMINO, K.F. **Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/prescrição no Município de Coronel Fabriciano.** Dissertação (mestrado em 2008) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008. 108 p. Disponível em: < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2863.pdf>>. Acesso em: 25 set.2012.

FORSAN, M.A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. Trabalho de conclusão (Especialização em 2010).** – Universidade Federal de Minas Gerais 2010. 26 p. Disponível em :< <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649.pdf>> Acesso em 19 set.2012.

GADSBY, J. E. Benzodiazepines – Time for action and accountability. Benzodiazepine Awareness Network International, 2000. CASALI, F.T. **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 – MG, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002179>. Acesso em 18 jul 2012.

GALLEGUILLOS, T.; RISCO, L.; GARAY, J.L.; GONZÁLEZ, M.; VOGEL, M. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes em atención primaria. **Revista Médica Chile**, v.131, n.5, p. 535-540, maio, 2003. Disponível em: < [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000500009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000500009&script=sci_arttext&tlng=en). Acesso em 19 set.2012.

GONÇALVES, H. C. B.; FERREIRA, R. G. F. Os psicofármacos como uma necessidade temporal da atualidade: perspectiva psicológica. **Fractal: revista de psicologia**, v.20, n.2. Rio de Janeiro, July./Dec.2008. Disponível em :< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922008000200025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922008000200025)> .Acesso em 29 set, 2012.

HAEFELY, L. *et al.* The GABA benzodiazepine Interaction Fifteen Years Later. **Neurochem. Res.**, v.15, p.169-174, 1990. *apud* XAVIER, I.D.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações:Uma revisão de Literatura.** Belo Horizonte, 2010. Disponível em:< <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>> Acesso em 23 jul.2012

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, p. 351-362, 2000. *apud* XAVIER,I.D.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações:Uma revisão de Literatura.** Belo Horizonte, 2010. Disponível em:< <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>> Acesso em 23 jul.2012.

ISACSON, D. Long-term benzodiazepine use: factors of importance and the development of individual use patterns over time a 13-year follow-up in a swedish community. **Social Science and Medicine**, London, v. 44, n. 12. p.1871-1880, 1997 *apud* MENDONÇA, R.T. et al. Medicalização de mulheres idosas e Interação com consumo de calmantes. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.95-106, 2008. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200010)>. Acesso em 23 jul. 2012.

KOROLKOVAS, A.; FRANÇA, F.F.A.C.; CUNHA, B.D.A. **Dicionário terapêutico Guanabara**. 13<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2006 *apud* FILHO, P.C.P.T., *et al.* Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**, v.15, n.3, julho, 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci_arttext)> Acesso em: 30 jul. 2012.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L.A.P.G. Dependência de Benzodiazepínicos, 2000. Disponível em: <http://www.uniad.org.br>. *Apud* XAVIER, I.D.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>> Acesso em 23 jul. 2012.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L.A.P.G. Dependência de Benzodiazepínicos, 2000. Disponível em: <http://www.uniad.org.br>. *Apud* FIRMINO, K.F. *et al.* Utilização de Benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n. 1. Rio de Janeiro. Jan, 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100018)> Acesso em 19 set.2012.

LIMA, M.C.P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.4, p.717-723, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6830.pdf>

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A.L.; PIRES, S.L.; GORZONI, M.L.; TAMAI, S.. Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul**, v.32, n. 2, p.38-43, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n2/v32n2a03.pdf>.

MANUAL DE CONDUTAS MÉDICAS. **Programa de Saúde da Família/Instituto para Desenvolvimento da Saúde**. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.p.461. *Apud* XAVIER, I.D.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>> Acesso em 23 jul.2012.

MARIN, M.J.S. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um Programa de Saúde da Família – PSF. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, v.12, n.2, p.278-284, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a12.pdf>> Acesso em 19 de set 2012.

MENDONÇA, R.T. et al. Medicalização de mulheres idosas e Interação com consumo de calmantes. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.95-106, 2008. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200010)>. Acesso em 23 jul. 2012.

MOLINA, A.S.; MIASSO, A.I. Consumo de benzodiazepinas por trabalhadores de uma empresa privada. **Revista Latino – am Enfermagem**. v.16, n.spe, p. 517-522, 2008. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000700003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000700003&script=sci_arttext&tlng=pt)> Acesso em: 24 de jul, 2012.

NOMURA, K. et al. Regular prescriptions for benzodiazepínines: Across-Sectional study of outpatientnts At university Hospital. **Intern Med**, 2006; (22): 1279-1282 *apud* FIRMINO, K.F. *at al* . Utilização de Benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n. 1. Rio de Janeiro. Jan, 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100018)> Acesso em 19 set.2012.

OLIVERA, V.M. Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. **Rev. chil. neuro-psiquiatr.** [online]. 2009, v.47, n.2 [citado 2012-11-07], pp. 132-137. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272009000200005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000200005&lng=es&nrm=iso). Acesso em 20 jul. 2012.

ORLANDI, P.; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005 Setembro-outubro; 13(número especial): 896-902 *apud* CASALI, F.T. **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 – MG, 2010.** Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002179>. Acesso em 18 jul 2012.

PASSARO, A. *et al*. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population : the GIFA study. **Journal af clinical epidemiology**, v.53, 2000, p.1222 – 1229. *Apud* CASALI, F.T. **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 – MG, 2010.** Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002179>. Acesso em 18 jul 2012.

RIBEIRO, L.M. *et al*. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Revista Escola de Enfermagem, USP**. v.44, n.2 , p.376-82, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v44n2/19.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2012.

SUSUKI, J. Sedative, Hypnotic, Anxiolytc Use Disorders. **E Medicine library**. Updated, jun, 2006 *apud* OLIVERA V, Mauricio. Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. **Rev. chil. neuro-psiquiatr.** [online]. 2009, vol.47, n.2 [citado 2012-11-07], pp. 132-137. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272009000200005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000200005&lng=es&nrm=iso). Acesso em 20 jul 2012.

SWEETMAN, S.C. **Martindale: The complete Drug Reference**. 3rd. London: Pharmaceutical Press, 2005. 2756p. *apud* XAVIER, I.D.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: Uma revisão de literatura**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em:< <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>> Acesso em 23 jul.2012.

TELLES FILHO, P.C.P. *et al*. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**, v.15, n.3, julho.

2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci_arttext)> Acesso em: 30 jul. 2012.

XAVIER, I.D.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura.** Belo Horizonte, 2010. Disponível em: < <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>> Acesso em 23 jul. 2012.