



ARTIGO

ANÁLISE DO CONSUMO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL*ANALYSIS OF BENZODIAZEPINE CONSUMPTION IN A CITY OF NORTHERN RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL*MARISA ANA MOSFIAK¹, FABÍOLA STOLF BRZOWSKI², LUIZ CARLOS CICHOTA³

1 - Farmacêutica pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim, Rio Grande do Sul, Brasil

2 - Pós-doutoranda na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

3 - Professor da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim, Rio Grande do Sul, Brasil

RESUMO

Os benzodiazepínicos (BZD) são fármacos recomendados para o tratamento de transtornos de ansiedade e insônia, por um período curto de tempo. São bastante consumidos, especialmente no Brasil, entretanto podem levar a intoxicações e efeitos adversos significativos, além de dependência quando consumidos a longo prazo. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi traçar o perfil dos usuários de benzodiazepínicos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município de pequeno porte, da região norte do Rio Grande do Sul, em 2019. Trata-se de estudo descritivo, utilizando como base questionário anônimo com 62 indivíduos em uso de BZD e análise de suas prescrições. Destaca-se a maior quantidade de mulheres, de pessoas baixa escolaridade e idade entre 41 e 70 anos, dentre os entrevistados. O clonazepam foi o fármaco mais prescrito. A maior parte dos entrevistados fazia uso desse tipo de substância há mais de 5 anos. Essa característica é preocupante e indica que os BZD estão sendo utilizados de maneira indiscriminada no município, assim como ocorre em outras cidades do país. Os profissionais de saúde precisam estar atentos para o uso apropriado de medicamentos, evitando, dessa forma, iatrogenias decorrentes desse uso.

Palavras-chave: Receptores de GABA-A; Uso de Medicamentos; Psicotrópicos; Assistência Farmacêutica; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Benzodiazepines (BZD) are drugs used as short-term therapies for the treatment of anxiety and insomnia. BZD are highly consumed, especially in Brazil, however, its long-term consumption can lead to addiction. Thus, this paper aims to describe the profile of BZD users in a Health Center (HC) in a small city of Northern Rio Grande do Sul, Brazil, in 2019. A descriptive analysis was designed based on an anonymous questionnaire with 62 BZD users, in addition to analysis of their prescriptions. We highlight that the majority of subjects are women, people with poor schooling and age between 41 and 70 years old. Clonazepam was the most prescribed BZD. The majority of the respondents was taking BZD for more than 5 years. This indicates that BZD are being used indiscriminately in the studied city, as is the case in many other Brazilian cities. Health professionals need to be attentive to inappropriate use of these drugs, avoiding their iatrogenic effects.

Keywords: GABA-A receptors; Drug Utilization; Psychotropic Drugs; Public Health; Pharmaceutical Services; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são locais de cuidado da atenção primária em saúde (APS), com o intuito de constituir a principal porta de acesso para aqueles que

necessitam do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito universal, devendo ser garantida pelo Estado, incluindo ações de assistência farmacêutica. Em 1998, foi criada a Política Nacional de Medicamentos que visou garantir a eficácia,



segurança, qualidade dos medicamentos, seu uso racional e o acesso da população aos medicamentos essenciais. Muitos benzodiazepínicos (BZD) estão incluídos nas REMUMES (Relação Municipal de Medicamentos) por constituírem opções terapêuticas seguras quando utilizados de forma apropriada.

Segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre os psicofármacos mais consumidos no Brasil encontram-se os ansiolíticos, os antidepressivos e os anorexígenos. Este órgão evidenciou que, dentre os princípios ativos com maior consumo no país, no período de 2007 a 2010, encontravam-se os BZD: clonazepam (Rivotril®), bromazepam (Lexotan®) e alprazolam (Frontal®). Em 2010, foram dispensadas 10 milhões de caixas de clonazepam¹ e uma pesquisa de 2016 mostrou que o benzodiazepínico mais consumido no Brasil, entre 2010 e 2012, foi o alprazolam².

O relatório sobre substâncias psicotrópicas de 2011 publicado pelo *International Narcotics Control Board* (INCB) indica o diazepam como sendo o BZD mais consumido no mundo. O Brasil está entre os maiores importadores de Diazepam – em quinto lugar – ficando atrás da Dinamarca, dos EUA, da Alemanha e da Suíça. O uso do clonazepam se expandiu de 50 países, em 1995, para mais de 140, no período de 2008 a 2010. Em relação ao consumo desse fármaco, o Brasil ocupava, na época, o segundo lugar, ficando atrás apenas dos EUA³. Dados coletados entre 2009 e 2013, no Rio de Janeiro, sugerem que até 2% da população adulta é usuária de clonazepam, principalmente pelo seu efeito hipnosedativo⁴.

O primeiro BZD sintetizado, na década de 1950, foi o clordiazepóxido, comercializado a partir dos anos de 1960. Quase ao mesmo tempo, em 1963, foi lançado também o diazepam. Com bem menos efeitos adversos do que o grupo farmacológico utilizado anteriormente para as mesmas indicações, os barbituratos, deu-se início, nesse momento, à chamada “era dos benzodiazepínicos”⁵.

Os BZD apresentam propriedades ansiolíticas, anticonvulsivantes, hipnóticas e anestésicas, além de serem relaxantes musculares. A eficácia desses medicamentos é bem documentada nos tratamentos de curta duração; seu uso prolongado, por sua vez, é contraindicado devido aos riscos de efeitos adversos, incluindo a dependência. A dependência química dos benzodiazepínicos passou a constituir grande preocupação para a saúde pública⁶, em especial dos efeitos decorrentes do uso prolongado, que incluem déficits cognitivos, fraqueza, náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, desequilíbrio, alteração do comportamento, dentre outros.

Além dos riscos relacionados à dependência, os BZD podem causar amnésia anterógrada, delírio, fraqueza, efeitos colaterais no trato gastrointestinal (vômitos, diarreia, desconforto epigástrico), e comprometem a capacidade de conduzir veículos e outras habilidades psicomotoras⁷. Além disso, os BZD são contraindicados em pessoas idosas, fazendo parte dos medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Isso porque, indivíduos acima de 60 anos podem apresentar sensibilidade elevada a essa classe farmacológica, com redução do metabolismo. Todos os BZD aumentam o risco

de danos cognitivos, delírios, quedas, fraturas e acidentes automobilísticos em idosos⁸.

Seu mecanismo de ação baseia-se no aumento da atividade de um importante neurotransmissor inibitório, o Ácido Gama Aminobutírico (GABA), atuando seletivamente nos receptores GABA_A, promovendo um aumento da frequência de abertura dos canais de cloro e maior influxo de íons cloreto, hiperpolarizando os neurônios pós-sinápticos, inibindo a excitação celular⁹. Como exemplos de fármacos benzodiazepínicos pode-se citar: diazepam, clonazepam, alprazolam, lorazepam, clordiazepóxido, bromazepam, flunitrazepam e midazolam. As diferenças principais entre cada um deles relacionam-se ao tempo de meia-vida, tempo do início de ação e indicações terapêuticas.

Os benzodiazepínicos são considerados depressores do SNC, com ações sedativas e hipnóticas. Um fármaco sedativo reduz a atividade, modera a atividade e acalma o receptor, enquanto um hipnótico produz sonolência e facilita o início e a manutenção do sono, que é semelhante ao sono natural, do qual pode-se despertar facilmente. Os benzodiazepínicos sozinhos não são capazes de induzir anestesia, com exceção do midazolam, o que os torna fármacos bastante seguros quando comparados com outros depressores do SNC, tais como os barbituratos⁷.

Em muitos casos, os benzodiazepínicos são utilizados por pessoas de diversas faixas etárias e classes sociais, sem indicação real, e por tempo prolongado, por isso é considerado um grande problema de cunho social, que gera gastos adicionais para os sistemas de saúde¹⁰. Esse fenômeno se relaciona com o processo de medicalização do sofrimento, no qual problemas não médicos passaram a ser considerados como tal¹¹. Os cuidados médicos se expandiram consideravelmente, englobando muitos problemas que não eram considerados médicos, processo que Ivan Illich¹² chamou de medicalização da vida, ainda na década de 1970. Os diagnósticos psiquiátricos incluem uma ampla variedade de condições que se situam na fronteira da normalidade tais como os transtornos de ansiedade, a depressão leve e moderada, o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), dentre outros.

A depressão, por exemplo, em especial os casos mais leves, não possui critérios bem definidos, exames ou testes objetivos que possam validar os critérios diagnósticos, permitindo que estados de ânimo que tenham como consequência certo grau de abatimento sejam medicalizados¹³. Dessa forma, o uso de medicamentos passa a ser bem aceito e até recomendado para esses casos, resultando na medicalização (transformação de situações de vida em doenças ou transtornos)¹¹ e medicalização (uso de medicamentos como única terapêutica possível em casos medicalizados) de questões sociais¹⁴. O uso excessivo de medicamentos, incluindo os benzodiazepínicos, é apenas uma consequência de todo esse processo.

A naturalização do uso de medicamentos para tratar os sofrimentos, consequência da medicalização da vida¹⁴, faz aumentar a procura por fármacos que venham a aliviar sintomas como estresse e ansiedade. Essa grande procura,

juntamente com prescrições inapropriadas de profissionais pouco preparados, contribui para o uso indiscriminado de medicamentos da classe dos benzodiazepínicos, aumentando a probabilidade de reações adversas, intoxicação e dependência¹⁵.

Uma pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país mostrou que 3,3% dos entrevistados já fez uso de benzodiazepínicos em algum momento da vida, com maior prevalência de utilização pelas mulheres¹⁶. Outro estudo, que analisou o perfil dos usuários de benzodiazepínicos em uma cidade de Minas Gerais, constatou que 75% das prescrições dispensadas destinavam-se a mulheres e que a média de idade dos entrevistados era de 49,7 anos. Nesse caso, o diazepam foi o medicamento mais prescrito (59,7%)⁶.

Silva *et al.*¹⁷ explicam o predomínio da utilização de BZD pelas mulheres: de forma geral, elas apresentam maior preocupação com a própria saúde, procurando com mais frequência os serviços de saúde, maior prevalência de depressão e ansiedade, bem como questões relacionadas ao gênero feminino e a questões culturais, que levam a uma sobrecarga de trabalho doméstico e de cuidado com os familiares. Tal estudo verificou que 185 das 219 pessoas entrevistadas possuía somente ensino fundamental, sendo que os principais motivos para o uso de BZD foram a insônia e a ansiedade. A pesquisa apontou que a maioria dos usuários desses medicamentos era do sexo feminino, se autodeclararam pardos ou negros, possuíam idades entre 53 e 60 anos, apresentaram baixa renda familiar e baixa escolaridade.

Uma revisão¹⁸ sobre o uso e má utilização de BZD no Brasil mostrou que 90% dos usuários tomam a medicação por prescrição médica. Porém, muitos ainda conseguem seus medicamentos por meio de venda ilícita. Mesmo através de prescrições, esse dado pode sugerir ser possível que muitos pacientes tomem BZD por longos períodos, o que é preocupante, pois contribui diretamente para a dependência. Esses resultados levam a refletir se está ocorrendo excesso de prescrições, se pacientes estão recebendo as informações necessárias sobre o medicamento e se realizam consultas frequentes para avaliar sua saúde mental¹⁸.

Na cidade de Sorocaba, em São Paulo, foi constatado o uso inapropriado de BZD em adultos e idosos, onde poucas, dentre as prescrições analisadas, foram consideradas racionais. Poucas pessoas estavam fazendo uso de curto período, ou seja, menos de três meses. A insônia e a ansiedade foram os principais motivos para a prescrição e em torno de 90% dos entrevistados utilizaram outro medicamento associado¹⁹.

Foi considerado uso racional quando: o medicamento era apropriado (com indicação, ausência de contraindicação e de interações medicamentosas graves, posologia adequada e duração de uso adequada), se utilizou apenas um benzodiazepínico, por um período menor que três meses, foi indicado como hipnótico, ansiolítico, no tratamento de abstinência alcoólica e distúrbio neurodegenerativo (exceto no tratamento da epilepsia, quando o uso crônico é recomendado) e foi utilizado no tratamento de depressão associado a um antidepressivo¹⁹. Nesse caso, os autores avaliaram indicação, posologia, duração

do tratamento e ausência de contraindicação e de interações medicamentosas graves, informações verificadas de acordo com a bula do medicamento e no Drugdex® System, entre março e novembro de 2013.

Sendo assim, levando em consideração os dados apresentados, o uso indiscriminado de BZD¹⁸, as prescrições irracionais¹⁹, o tempo de uso prolongado¹⁸ e a medicalização da sociedade¹¹, este estudo buscou traçar o perfil dos usuários de benzodiazepínicos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município de pequeno porte da região norte do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, realizado por meio de análise dos dados coletados a partir da aplicação de um questionário anônimo com perguntas abertas e fechadas. Os dados pessoais dos entrevistados não foram usados em nenhum momento do trabalho, mantendo o sigilo e assegurando a privacidade dos participantes quanto a dados confidenciais, conforme determina a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus Erechim, sob o número 3.086.796.

O município foco da pesquisa está localizado no norte do Rio Grande do Sul e, segundo dados divulgados pela Prefeitura Municipal²⁰, possuía 3.026 habitantes, dos quais 2.163 residem no meio rural. Em 2012, quase 60% da população era composta por adultos (entre 20 e 59 anos). Sua economia está voltada para a agricultura, na produção de soja, milho, trigo, ervamate, feijão e fumo, na suinocultura e na criação de gado. É um município essencialmente agrícola, onde 95% da renda provém dessa atividade e outros 5% das pequenas empresas e do comércio. Por ser um município pequeno, não possui hospital, e demandas maiores de saúde são encaminhadas para hospitais conveniados em outras cidades. Segundo dados do IBGE²¹, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* é de R\$ 23.015,25, ficando na 365ª posição do total de 497 municípios do Estado do Rio Grande do Sul. A taxa de mortalidade infantil média na cidade foi de 60,61 por 1.000 nascidos vivos, em 2017, um valor elevado quando comparado com a média do Estado (10,07/1.000) e do país (12,35/1.000, em 2018). A cobertura vacinal, em 2019, foi de, aproximadamente, 95%. De acordo com o sistema de informação do Hiperdia, em 2012, havia 46 pacientes cadastrados com hipertensão arterial na cidade e 3 com hipertensão e diabetes tipo 2.

Em relação aos serviços públicos de saúde, o município conta com apenas uma UBS, na qual os dados foram coletados, que se localiza no centro da cidade e atende, 1.209 domicílios, somando 2.906 pessoas cadastradas. A UBS conta com uma equipe de saúde da família, além de nutricionista, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta e farmacêutico. São atendidos, aproximadamente, 1.100 indivíduos por mês, sendo que, em média, 150 pessoas retiram benzodiazepínicos mensalmente. Outros tipos de serviços que a população necessita

são referenciados para outras cidades. Em relação à saúde mental, os atendimentos são realizados na própria UBS, através da Atenção Primária em Saúde. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário com dezoito questões, a partir das quais foram obtidas informações referentes aos usuários (nome, sexo, idade, escolaridade) e sobre os medicamentos utilizados (dosagem, posologia e duração do tratamento).

A amostra se constituiu de pacientes da UBS que fazem o uso de BZD. As entrevistas foram realizadas duas vezes por semana por um período de dois meses, em 2019, para abranger um número considerável de sujeitos. Durante esse período, nos dias de atendimento, ao buscarem seus medicamentos na farmácia, os pacientes eram convidados a participar da pesquisa. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ter idade igual ou superior a 18 anos e fazer uso de benzodiazepínicos. Os critérios de exclusão foram: ter menos de 18 anos e não utilizar benzodiazepínicos.

Os participantes foram selecionados aleatoriamente na fila de espera da farmácia, convidados a se dirigir a uma sala da UBS exclusiva para responder às questões. O questionário anônimo foi aplicado pelo pesquisador após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permitindo a realização da pesquisa e a divulgação dos resultados de forma ética. O local isolado permitiu ao sujeito de pesquisa ter mais privacidade e segurança em relação às suas respostas. Foram explicados aos participantes os objetivos e tema de pesquisa, bem como o sigilo referente aos dados pessoais.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva e de porcentagem no Microsoft Office Excel 2016, sendo os resultados expressos em figuras e tabelas. As variáveis foram descritas através de distribuições de frequências e gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi composta por 62 indivíduos que retiraram BZD na UBS durante o tempo de coleta de dados. Não foi possível realizar um número maior de

entrevistas, pois na maioria das vezes não era o paciente que retirava a medicação, e sim familiares, seja em função do horário de funcionamento da UBS ser em horário comercial ou pelo paciente ter dificuldades de deslocamento. No município em questão, os BZD eram dispensados apenas após apresentação de prescrição médica. Os medicamentos dessa classe disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) eram: bromazepam 3 mg, clonazepam 0,5 mg, clonazepam 2 mg, diazepam 5 mg e diazepam 10 mg.

Do total de entrevistados, houve predomínio do sexo feminino (61%). Da mesma forma, Firmino *et al.*⁶, em pesquisa sobre o uso de BZD entre os usuários do Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, através da avaliação do total das notificações de receita de benzodiazepínicos originadas no Serviço Municipal de Saúde, também constatou uma prevalência maior de uso desse tipo de medicamento por mulheres, chegando a 74,30% das prescrições. Silva *et al.*¹⁷ também observou que 69,79% das prescrições de BZD se destinava às mulheres, afirmando que elas são mais propensas para o uso crônico desse tipo de medicação. Os autores atribuem essa maior prevalência também ao fato de que as mulheres costumam se preocupar mais com a própria saúde, como já dito anteriormente – por consequência, buscando mais os serviços de saúde – e, por apresentarem maior prevalência de transtornos de ansiedade, bem como questões relacionadas ao gênero feminino e culturais, que levam a uma sobrecarga de trabalho doméstico e de cuidado com os familiares.

Em relação à escolaridade, observou-se, através dos dados coletados, que 69,53% dos indivíduos tinham o ensino fundamental incompleto, seguidos de 17,74% com ensino fundamental completo, 1,61% com ensino médio incompleto, 8,06% com ensino médio completo, 1,61% com ensino superior incompleto e 1,61% analfabetos, conforme indicado na Figura 1.

O nível de escolaridade tem um papel determinante nos níveis médios de literacia em saúde. A literacia em saúde está relacionada aos conhecimentos, motivações e competências para entender e avaliar as informações relacionadas à saúde.

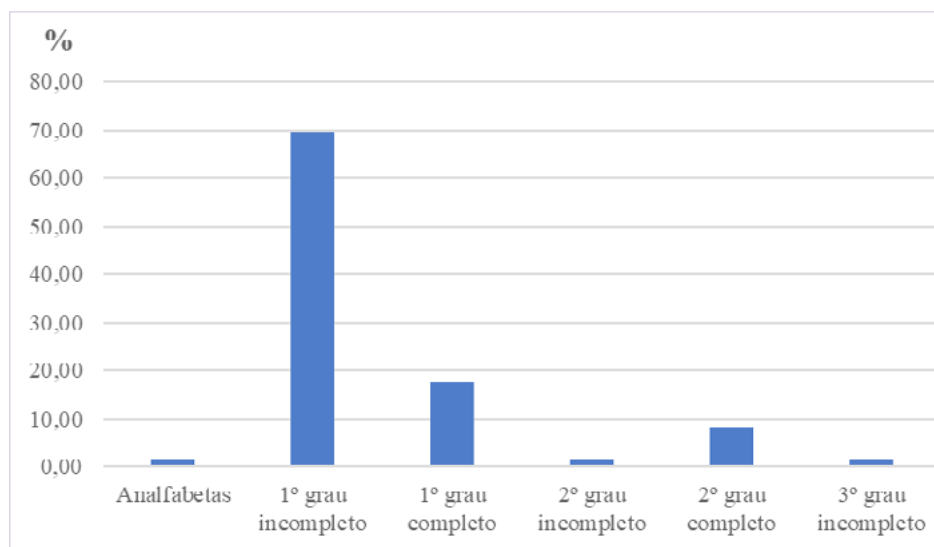


Figura 1. Escolaridade dos pacientes de UBS entrevistados, em 2019

Fonte: Dados coletado durante a pesquisa.

Um estudo sobre literacia entre idosos, em Portugal, sugeriu que 80% dos participantes apresentou um nível de literacia em saúde baixo²². Passamai *et al.*²³ afirmam que uma pessoa pode ser habilitada para entender qualquer tipo de texto, porém pode não ser habilitada para ler com a mesma competência outros textos como bulas de remédios. A linguagem técnica na área da saúde costuma apresentar palavras incompreensíveis, sendo que nem sempre há a troca de informações entre profissional e paciente. Sendo assim, a baixa escolaridade pode influenciar no entendimento das recomendações relacionadas aos medicamentos.

Um estudo sobre a utilização de medicamentos benzodiazepínicos por usuários da atenção primária em um município do extremo sul catarinense, encontrou, em relação ao grau de escolaridade, que 69,41% dos usuários de benzodiazepínicos não concluiu o ensino fundamental, enquanto 18,35% possuíam ensino fundamental completo, e 12,65% possuíam ensino médio e superior²⁴, resultados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa.

Outra pesquisa que corrobora esses achados é a de Telles *et al.*²⁵, que constataram que 66,67% possuíam primeiro

grau incompleto, 14,82% primeiro grau completo, e 11,11%, segundo grau incompleto. Tal estudo destacou ainda que a baixa escolaridade está relacionada com a baixa renda, o que pode levar a problemas psicossociais e conseqüentemente o uso de BZD. Entretanto, não há como afirmar que o uso de BZD, no município estudado, esteja diretamente relacionado com a baixa escolaridade, principalmente pelo fato de não se tratar de uma pesquisa analítica, uma vez que não houve comparação entre grupos.

Dentre os pacientes entrevistados, 85,49% relataram ter algum problema de saúde atualmente. Através dos relatos, evidenciou-se que a depressão (39,62%), a hipertensão (35,84%) e os problemas de coluna (16,98%) foram os mais comuns. Luijendijk *et al.*²⁶ listaram algumas doenças e condições associadas a um risco aumentado de uso crônico de benzodiazepínicos, que inclui os problemas de saúde mais comuns encontrados nessa pesquisa: depressão, hipertensão, queixas articulares relacionadas à dor e à percepção de saúde física.

Entre os BZD utilizados pelos entrevistados, prevaleceu o uso do clonazepam 0,5 mg e 2 mg, seguido de bromazepam 3mg e diazepam 10mg, como é possível observar na Figura 2.

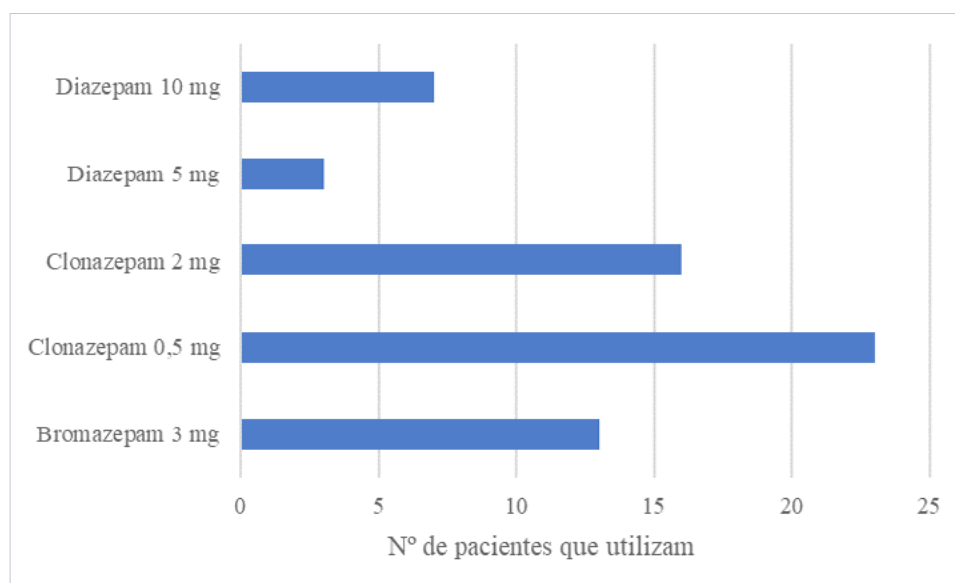


Figura 2. Benzodiazepínicos utilizados pela população entrevistada, em 2019

Fonte: Dados coletado durante a pesquisa.

Da mesma forma, Valério e Becker²⁴, ao analisarem a utilização de benzodiazepínicos e o perfil dos usuários em um município de Santa Catarina, constataram que o clonazepam foi responsável por 39,93% do consumo, em 2011, aumentando para 43,16%, em 2012. O diazepam foi responsável por 29,54% do consumo, em 2011, aumentando para 32,06%, no ano seguinte.

Como já dito anteriormente, embora os benzodiazepínicos sejam utilizados no tratamento de várias doenças psiquiátricas e para situações não medicalizadas, e sejam relativamente seguros, há potencial para sua utilização de forma não apropriada e abusiva¹⁹.

A prescrição e a utilização de BZD elevaram-se consideravelmente nos últimos anos, que passou a ser um dos grupos de fármacos mais prescritos no mundo. Como são fármacos que podem potencialmente causar dependência, é necessário o empenho para seu uso racional^{19,27}, ou seja, por um período curto e para as indicações adequadas, com o acompanhamento efetivo do prescritor.

Uma pesquisa realizada pelo *Information Medical Statistics* (IMS Health) demonstrou o constante crescimento do uso de BDZ no Brasil. Em 2004, o clonazepam ocupava o sexto lugar entre os 10 medicamentos mais vendidos no Brasil e subiu para o segundo lugar, em 2008¹⁵. Os BZD continuam

ainda entre os medicamentos mais usados em todo o mundo. No Brasil, ocupa o terceiro lugar entre os medicamentos mais prescritos, sendo que 5,6% da população já fizeram uso desses medicamentos alguma vez na vida²⁸.

Trabalhos relacionados ao consumo desses medicamentos são frequentes em países desenvolvidos, mas escassos em países em desenvolvimento¹⁸. Parte dessa escassez deve-se à dificuldade em conseguir informações referentes ao consumo. Faria *et al.*²⁹ afirmam que é necessário um controle mais rigoroso no uso de BZD, por meio de trabalhos com os prescritores. Isso porque esses medicamentos são utilizados em todo o mundo e é muito comum sua utilização de forma inadequada, podendo impactar nos índices de morbimortalidade e contribuir com maiores gastos de recursos em saúde.

Dados referentes à idade dos pacientes mostram que há predomínio de pessoas entre 41 e 70 anos, o que corresponde a 69,35% do total, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Faixa etária dos pacientes que utilizavam BZD, em 2019

Faixa etária	Número de pacientes	%
19 – 29 anos	3	4,83
30 – 40 anos	4	6,45
41 – 50 anos	14	22,58
51 – 60 anos	16	25,8
61 – 70 anos	13	20,96
71 – 80 anos	7	11,29
81 – 90 anos	4	6,45
91 – 100 anos	1	1,61
Total	62	100

Fonte: Dados coletado durante a pesquisa.

Esses dados indicam que, com o passar dos anos, e como consequência do processo de envelhecimento, começam a aparecer doenças, distúrbios do sono e ansiedade, levando ao uso de diversas classes de medicamentos, inclusive benzo-

diazepínicos. Telles *et al.*²⁵, em um estudo sobre a utilização de BZD por idosos atendidos por uma equipe de saúde da família, observou que, dos idosos que utilizavam esse tipo de medicamento (total de 27), 14,81% tinham entre 60 e 65 anos, 22,22%, entre 66 e 70 anos, 25,93%, entre 71 e 75 anos, 22,22% situavam-se na faixa etária de 76 a 80 anos e 14,82% tinham mais de 80 anos. Em relação ao sexo, 88,89% eram mulheres e 11,11% eram homens.

Esses resultados ratificam o resultado de outras pesquisas epidemiológicas que indicam que os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais prescritos na população de idosos. Também confirma que a prevalência de uso costuma ser maior as mulheres, principalmente para o tratamento de insônia e transtornos de ansiedade²⁹.

A maior parte dos pacientes utiliza um comprimido de BZD ao dia. Entretanto, um dos entrevistados afirmou que já havia feito uso de 7 comprimidos de diazepam 10 mg ao dia, para tratamento de dores musculares. Bruton, Chabner e Knollmann⁷ afirmam que a dose de diazepam para tratar transtornos de ansiedade e para relaxamento muscular é de 5 a 10 mg, de 3 a 4 vezes ao dia.

Dos 62 pacientes entrevistados, 14 (22,58%) relataram que já fizeram alterações de dose do medicamento em uso sob orientação médica e 4 (6,45%) pacientes fizeram tal alteração por conta própria, sendo que 54 pacientes (87%) faziam uso da medicação de forma contínua. Faria *et al.*²⁹ afirmam ser comum que pessoas utilizem BZD de forma contínua, tornando esse uso um problema crônico, pois isso reduz a segurança desses medicamentos, aumentando o risco de aparecimento dos efeitos adversos, tais como perda das funções cognitivas (demência, amnésia retrógrada), vertigem, cefaleia, cansaço, hipotensão postural, tolerância, dependência, quedas, dentre outros, em especial entre idosos.

Em relação à indicação, a insônia foi o problema de saúde mais comum relatado pelos entrevistados, seguida de ansiedade e depressão, de acordo com a Figura 3.

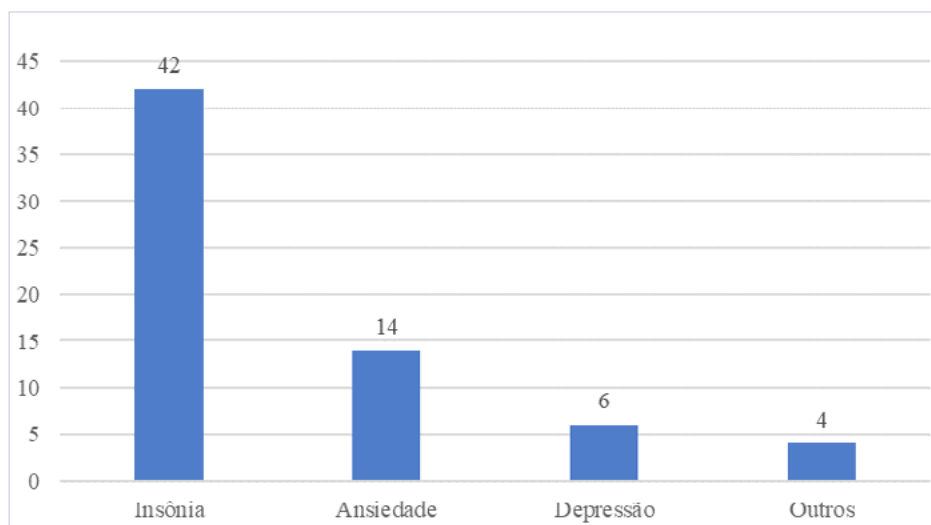


Figura 3. Motivos para o uso de BZD entre os pacientes entrevistados, no ano 2019

Fonte: Dados coletado durante a pesquisa.

Na literatura podemos encontrar indicações de uso variadas, pois como os BZD têm efeito sedativo e ansiolítico rápido, são utilizados com mais frequência no tratamento imediato de insônia, agitação e ansiedade, inclusive a associada a qualquer transtorno psiquiátrico³⁰, conforme já descrito anteriormente.

Nordon *et al.*²⁸ também constataram em seu estudo grande prevalência do uso de BZD para tratar insônia entre os pacientes analisados. Segundo os autores, do total de pacientes fazendo uso dessa classe de medicamentos para tratar insônia, 57,69% eram do sexo masculino e 48,14% eram do sexo feminino.

De acordo com Bernik³¹, fármacos com alta lipossolubilidade, quando administrados por via oral, como o diazepam, possuem rápido início de ação, sendo mais indicados como indutores do sono. Já os BDZ que atingem o pico mais lentamente, com uma queda gradual da concentração, são medicamentos de escolha para crises convulsivas e transtornos de ansiedade, tais como o clonazepam, o nitrazepam e o lorazepam.

O tempo de uso dos BZD utilizados pelos pacientes entrevistados está exposto na Tabela 2.

Tabela 2. Tempo de uso dos BZD entre os pacientes entrevistados

Tempo de uso	Número de pacientes	%
0 – 5 anos	35	56,45
6 – 10 anos	14	22,58
11 – 15 anos	8	12,9
16 – 20 anos	2	3,22
Mais de 20 anos	3	4,84

Fonte: Dados coletado durante a pesquisa.

O tempo de administração foi um fator que chamou a atenção, com destaque para o uso por 30, 32 e 35 anos. Segundo esses pacientes, a indicação era para insônia, ansiedade e dores. A maioria dos entrevistados fazia uso de BZD há menos de 5 anos. Os BDZ são medicamentos que devem ser usados somente por um curto período. Quando o uso ultrapassa períodos de 4 a 6 semanas, podem provocar tolerância, dependência e crises de abstinência. Quanto maior o tempo de uso dos BDZ, mais difícil será a interrupção do tratamento e maior será a chance de manifestação da síndrome de abstinência¹⁵.

Na presente pesquisa, muito dos pacientes entrevistados relataram sentir abstinência ao esquecer de tomar a medicação por um ou mais dias. Dentre eles, 66,13% relataram não fazer consultas frequentes para avaliar a necessidade clínica do uso de BZD e iam ao médico apenas quando ficavam doentes. Cerca de 87% da amostra analisada fazia a renovação das receitas sem passar por avaliação médica, o que caracteriza um uso indevido e indiscriminado destes medicamentos. Segundo Sadock, Sadock e Sussman³⁰, devido ao risco de dependência psicológica e física associado à utilização de benzodiazepínicos em longo prazo, é essencial a avaliação

contínua quanto à necessidade clínica de uso contínuo desses medicamentos nos indivíduos sob tratamento.

CONCLUSÕES

Os dados obtidos com esta pesquisa de 2019, em uma UBS do estado do Rio Grande do Sul, colaboram com as evidências científicas ao apontar que os medicamentos BZD têm sido empregados no tratamento de insônia, ansiedade e depressão principalmente. Foi observada uma predominância de uso entre mulheres. Grande parte dos usuários de BZD possuía ensino fundamental incompleto. Dentre as possibilidades de uso, o clonazepam foi o mais prescrito na amostra analisada. A cronicidade do uso é um fator relevante, pois houve usuários que utilizavam BZD por mais de 20 anos, trazendo como principal consequência a dependência.

Essas informações ilustram um processo de medicalização, consequência da medicalização do sofrimento, ao denunciarem usos prescritos e inapropriados de BZD, inclusive entre idosos. Ao mesmo tempo, Zorzanelli *et al.*^{4:3137} chamam a atenção “para o papel das variáveis sociais e econômicas no consumo de medicamentos e da desigualdade em saúde”. Segundo os autores, o uso excessivo em locais com menos recursos pode encobrir as dificuldades de acesso ao próprio diagnóstico e tratamentos corretos.

De acordo com informações das próprias bulas desses medicamentos, eles são indicados para inúmeras condições, dentre elas epilepsia, transtornos de ansiedade, pânico, transtornos do humor, dentre outras, sendo destaque seu uso no tratamento agudo em transtornos de ansiedade. O fato de grande parte dos entrevistados utilizarem BZD há bastante tempo e para insônia, aliado à não realização de consultas regulares para acompanhamento, apenas renovando suas receitas, pode indicar essa dificuldade de acesso citada por Zorzanelli *et al.*⁴.

A medicalização do sofrimento nesse caso parece se resumir à utilização de medicamentos, sem nem ser acompanhada de avaliações periódicas de profissionais de saúde, o que torna a situação mais preocupante. Ao mesmo tempo em que não há reavaliações periódicas, ocorre a simples renovação de receitas, tornando possível o uso de BZD por vários anos.

Ao ser receitado, o BZD muitas vezes é utilizado como abordagem única de condições ou dificuldades que são inerentes à vida humana, tais como ansiedade, tristeza, *performance*, estresse, envelhecimento e sobrepeso. Seu uso abusivo e as indicações *off label*, ao mesmo tempo que têm sido frequentemente questionados⁴, são também generalizados. Isso não ocorre apenas para BZD, mas para psicotrópicos de forma geral. Por exemplo, Frances³² cita que, nos Estados Unidos, no início dos anos de 1980, aproximadamente um terço de sua população se encaixava em algum diagnóstico de transtorno mental e que, atualmente, esse número aumentou, chegando à metade dos estadunidenses. Como consequência, um a cada 5 adultos nos Estados Unidos usa pelo menos um psicotrópico: 11% dos adultos utilizaram um antidepressivo, em 2010, 4% das crianças utilizavam um estimulante, 4%

dos adolescentes usavam algum antidepressivo e 25% de residentes em instituições de longa permanência usavam antipsicóticos. O autor chama a atenção ainda para o risco de prescrição de vários fármacos ao mesmo tempo, o que pode ser responsável por várias visitas a emergências hospitalares e mortes iatrogênicas.

Esta pesquisa pode contribuir com a literatura e com os serviços de saúde, ao servir como alerta para os profissionais e usuários sobre o uso indevido e indiscriminado dos BZD, que levam à dependência se utilizados por tempo superior ao necessário. Nesse sentido, a participação do profissional farmacêutico juntamente com a classe médica e um melhor conhecimento sobre a ação dos BZD pode contribuir para a racionalização do uso desses medicamentos.

Além disso, são necessários mais estudos que mostrem o uso de substância psicotrópicas e sua consequência, em especial para o tratamento de situações cotidianas (irritabilidade, mau humor, timidez, insônia, fadiga, etc.). Na mesma linha de Zorzaneli *et al.*⁴, sugerem-se estudos que detalhem os perfis de prescrição de BZD, em particular as especialidades médicas e odontológicas que mais prescrevem, para que se possa realizar ações específicas de educação continuada, abordando o uso indiscriminado dessa classe de medicamentos. Além disso, é importante também um trabalho com os próprios pacientes e outros profissionais de saúde, abordando, em especial, o uso crônico de BZD e seus efeitos.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ansiolíticos são destaque em Boletim da Anvisa. Brasília: ANVISA, 2012. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=/asset_publisher/view_content&_101_assetEntryId=2668732&_101_type=content&_101_g. [2020 abr 22].
2. Azevedo AJP, Araújo AA, Ferreira MAF. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(1): 83-90.
3. International Narcotics Control Board (INCB). Psychotropic Substances 2013: Statistics for 2012: Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements. New York: United Nations; 2014. Disponível em: https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2013/en/Tech_pub_2013.pdf. [2020 abr 22].
4. Zorzaneli RT, Giordani F, Guaraldo L, Matos GC, Brito Junior AG, Oliveira MG, Souza RM, Mota RQM, Rozenfeld S. Consumo do benzodiazepínico clonazepam (Rivotril®) no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2013: estudo ecológico. *Ciênc. saúde coletiva* 2019; 24(8): 3129-40.

5. Bernik MA, Soares MBM, Soares CN. Benzodiazepínicos: padrões de uso, tolerância e dependência. *Arq Neuro-Psiquiat* 1990; 48(1): 131-7.
6. Firmino KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(6): 1223-32.
7. Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. Porto Alegre: AMGH; 2012.
8. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015; 63(11): 2227-46.
9. Rang HP, Dale MM. Farmacologia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
10. Guevara GP. O elevado consumo de benzodiazepínicos. Rio de Janeiro; 2014. [Especialização Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade do Estado do Rio de Janeiro].
11. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The John Hopkins University Press; 2007.
12. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
13. Hernaez AM. A medicalização dos estados de ânimo: o consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann, F (org.). Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça, SC: Unisul; 2010. p. 111-34.
14. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48): 61-74.
15. Amaral BDA, Machado KL. Benzodiazepínicos: uso crônico e dependência. Londrina; 2012. [Especialização Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário Filadélfia].
16. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2005; 13(1): 888-95.
17. Silva VP, Botti NCL, Oliveria VC, Guimarães EAA. Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2015; 5(1): 1393-400.
18. Kapczinski F, Amaral OB, Madruga M, Quevedo J, Busnello JV, de Lima MS. Use and misuse of benzodiazepines in Brazil: a review. *Subst Use Misuse* 2001; 36(8): 1053-69.

19. Naloto DCC, Lopes FC, Barberato-Filho S, Lopes, LC, Fiol FSD, Bergamaschi CC. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(4): 1267-76.
20. Prefeitura de Centenário. Dados Gerais. Disponível em: <https://centenario.rs.gov.br/site/dadosgerais/?pagina=6>. [2020 ago 12].
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Centenário. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/centenario/panorama>. [2020 ago 12].
22. Serrão C, Veiga S, Vieira I. Literacia em saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 2015; Especial 2: 33-8.
23. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LS. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface (Botucatu)* 2012; 16(41): 301-14.
24. Valério WL, Becker IRT. Utilização de medicamentos benzodiazepínicos por usuários da atenção primária em um município do extremo sul catarinense. *Inova Saúde* 2014; 3(1): 83-93.
25. Telles Filho PCP, Chagas, AR, Pinheiro, MLP, Lima AMJ, Durão AMS. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. *Esc. Anna Nery* 2011; 15(3): 581-6.
26. Luijendijk HJ, Tiemeier H, Hofman A, Heeringa J, Stricker BHC. Determinants of chronic benzodiazepine use in the elderly: a longitudinal study. *Br J Clin Pharmacol.* 2008; 65(4): 593-9.
27. Forte EB. Perfil de consumo dos medicamentos psicotrópicos na população de Caucaia. Fortaleza; 2007. [Especialização Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Saúde Pública].
28. Nordon DG, Hübner CK. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Diagn Tratamento.* 2009; 14(2): 66-9.
29. Faria JSS, Rossi SV, Andreatta T, Simões, VP, Pombo BH, Moreira RB. Benzodiazepínicos: revendo o uso para o desuso. *Rev Med* 2019; 98(6): 423-6.
30. Sadock BJ, Sadock VA, Sussman N. Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock. Porto Alegre: Artmed; 2015.
31. Bernik MA. Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência. São Paulo: Edusp; 1999.
32. Frances A. Saving normal. New York: Harpers Collins Publishers; 2013.

Endereço para correspondência

Marisa Ana Mosfiak
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Av. Sete de Setembro, 1621, Fátima, Erechim
CEP: 99709-910 - Rio Grande do Sul, Brasil.
E-mail: marymosfiak@gmail.com