



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
CURSO DE MEDICINA

**Trabalho de Conclusão de Curso**

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS USUÁRIOS DE  
BENZODIAZEPÍNICOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
RAIMUNDO CARNEIRO - CAMPINA GRANDE-PB.**

**Ingrid Menezes Albuquerque  
Juliana Cavalcanti Resende**

CAMPINA GRANDE  
2017

Ingrid Menezes Albuquerque

Juliana Cavalcanti Resende

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS USUÁRIOS DE  
BENZODIAZEPÍNICOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
RAIMUNDO CARNEIRO - CAMPINA GRANDE-PB.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na  
Universidade Federal de Campina Grande como  
requisito básico para conclusão do Curso de Medicina.**

**Orientador(a): Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio**

CAMPINA GRANDE

2017

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG**

A345a

Albuquerque, Ingrid Menezes.

Aspectos epidemiológicos dos usuários de Benzodiazepínicos da Unidade de Saúde da Família Raimundo Carneiro - Campina Grande-PB / Ingrid Menezes Albuquerque, Juliana Cavalcanti Resende. - Campina Grande, 2017.

46f.; gráf.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2017.

Orientador: Edmundo de Oliveira Gaudêncio, Dr.

1.Benzodiazepínicos. 2.Centros de Saúde. 3.Perfil de Saúde. I.Título. II.Resende, Juliana Cavalcanti.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 615.214:614.21(043.3)



ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Às 11:45 horas do dia 11/09/2017, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Perfil Ergonômico do usuário de Banco-  
ginecologia na unidade ginecológica do Hospital Alcides  
Carneiro - UFG - PB

de autoria do(s) aluno(s):

Juarez Moreira Aguiar  
Juliana Cavalcanti Reis

sendo orientados por:

Juarez de Oliveira Araújo

E Co orientador:

\_\_\_\_\_

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Regina Cortez  
Tatiana Araújo  
Juarez de Oliveira Araújo e Juarez de Oliveira Araújo

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:

Juarez Moreira Aguiar

passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 26 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu aprovar o trabalho, conferindo a nota final de 9,5. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 11/09/2017.

- Orientador
- Titular 1
- Titular 2
- Suplente

Juarez de Oliveira Araújo  
Juarez Moreira Aguiar  
Juliana Cavalcanti Reis  
Juarez de Oliveira Araújo

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho:*

*A Deus, que me fortaleceu durante todo esse trajeto,  
A minha mãe, que está presente em tudo na minha vida,  
A meu pai, que foi meu suporte sempre que necessitei,  
A minha irmã, que é exemplo de fé,  
A Christian, com quem divido todos os meus sonhos,  
Aos profissionais que tanto me inspiraram.*

INGRID MENEZES ALBUQUERQUE

*Dedico este trabalho:*

*A Deus, que nos guia em todos os momentos felizes,  
e nos ampara nos momentos de dor.  
A minha família, que sempre será minha base, meu porto seguro.  
A Victor, meu companheiro e amigo inestimável.  
A todos que fizeram parte desta jornada de luta e dedicação.*

JULIANA CAVALCANTI RESENDE

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente a Deus, que nos presenteou com a possibilidade de exercer a medicina.

Aos nossos familiares, por todo o apoio nessa jornada.

Aos nossos companheiros, por acreditarem em nós.

A Dra. Cristiane Falcão de Almeida por toda a dedicação e contribuição nesse trabalho. Muito além de nos ensinar, nos inspira profundamente como profissionais.

A Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio por toda a orientação e conhecimento transmitido. Muito obrigada pela imensa disponibilidade.

Aos membros da banca, por aceitarem nosso convite.

# **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RAIMUNDO CARNEIRO - CAMPINA GRANDE-PB.**

## **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Os benzodiazepínicos agem em situações de ansiedade, insônia e epilepsia. Atualmente estão entre as medicações mais utilizadas no Brasil, não só pela relativa segurança de uso como também pela prescrição nem sempre tão criteriosa dos profissionais de saúde. Tal fato coloca em dúvida a real necessidade e indicação em relação ao uso dessa classe de medicamento. **OBJETIVO:** Objetiva-se com este estudo a identificação do perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos (BDZ) da Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, situada no bairro do Pedregal em Campina Grande-PB, refletindo sobre motivos do uso na unidade. **METODOLOGIA:** O Estudo realizado foi descritivo quantitativo e ocorreu de junho a julho de 2017. A coleta de dados foi realizada através de questionário previamente estruturado que versa sobre a utilização dos BDZ, com ênfase no Clonazepam e Diazepam, por esta população. Os dados foram digitados em planilhas eletrônicas e submetidos a tratamento estatístico utilizando o *software* SPSS 17.0 para Windows. **RESULTADOS:** Mulher entre 46 e 60 anos, “do lar”, solteira, com comorbidades, com baixa escolaridade, com baixa renda e com enorme facilidade de conseguir a receita é o perfil do paciente que mais utiliza BDZ na comunidade em estudo, sendo o uso por mais de 10 anos extremamente comum. O motivo principal do uso é a insônia, o qual não justifica o uso prolongado. **CONCLUSÃO:** Conhecer os usuários de BDZs é essencial para que se formulem estratégias de intervenção eficazes na promoção de saúde mental.

**PALAVRAS-CHAVE:** Benzodiazepínicos, Centros de saúde, Perfil de saúde.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Benzodiazepines act in situations of anxiety, insomnia and epilepsy. They are currently one of the most used medications in Brazil, not only for the relative safety of use but also for the not so carefully prescribed prescription of health professionals. This fact puts in doubt the real necessity and indication regarding the use of this medicine. **OBJECTIVE:** The purpose of this study was to identify the epidemiological profile of benzodiazepine users (BDZ) of the RaimundoCarneiro Basic Health Unit, located in the Pedregal neighborhood of Campina Grande, PB, reflecting on the reasons for its use in the unit. **METHODOLOGY:** The study was quantitative descriptive and occurred from June to July 2017. The data collection was performed through a previously structured questionnaire that deals with the use of BDZ, with emphasis on Clonazepam and Diazepam, by this population. The data were entered into spreadsheets, and subjected to statistical treatment using SPSS 17.0 software for Windows. **RESULTS:** A woman between the ages of 46 and 60 years old, single, with comorbidities, with low educational level, with low income and with great ease of obtaining the income is the profile of the patient who most uses BDZ in the study community, being the use for more than 10 years extremely common. The main reason for use is insomnia, which does not justify prolonged use. **CONCLUSIONS:** The knowledge of the users of BDZS is essential for the formulation of effective intervention of strategies in mental promotion.

**KEY WORDS:** Benzodiazepines, Health centers, Health profile.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. OBJETIVOS.....	11
3.1. Objetivo Geral.....	11
3.2. Objetivos específicos.....	11
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
5. METODOLOGIA.....	14
5.1. Caracterização do Estudo.....	14
5.2. População e Local do Estudo.....	14
5.3. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	15
5.4. Riscos.....	15
5.5. Benefícios.....	15
5.6. Coleta e Análise de dados.....	15
5.7. Aspectos Éticos.....	16
6. MÉTODO ESTATÍSTICO.....	17
7. HIPÓTESE DE DESFECHO.....	18
8. RESULTADOS.....	19
9. DISCUSSÃO.....	29
10. CONCLUSÃO.....	38
11. REFERÊNCIAS.....	40
12. APÊNDICE .....	43
12.1. APÊNDICE A.....	43
12.2. APÊNDICE B.....	45

## 1. INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos (BDZ) constituem o grupo de psicotrópicos mais comumente utilizados na prática clínica devido as suas ações ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes e relaxantes musculares (SOUZA *et al.*, 2013). Em geral, agem principalmente nos transtornos de ansiedade, insônia e epilepsia. Esses medicamentos são os principais em termos de utilização no Brasil, colocando o país como um dos países que mais os consomem (BRASIL, 2013; NALOTO *et al.*, 2016). Uma pesquisa feita em 2001 em 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, constatou que os benzodiazepínicos foram a terceira substância mais utilizada pelos 8.589 entrevistados (GALDURÓZ *et al.*, 2005).

Tal fato coloca em dúvida a real necessidade e indicação em relação ao uso dessa classe de medicamento. Os benzodiazepínicos popularizaram-se por apresentarem efeitos ansiolíticos com baixo risco de morte, quando comparados aos barbitúricos. Talvez por isso ocupam um lugar particularmente importante no imaginário popular e em algumas práticas dos serviços de saúde, podendo funcionar como uma alternativa plausível do profissional diante das queixas e sintomas subjetivos dos pacientes (BRASIL, 2013).

Dessa forma, observa-se que a prescrição, pouco criteriosa, desses medicamentos, principalmente do Diazepam e Clonazepam, vem sendo uma realidade, inclusive na atenção primária. Um dos principais motivos reside no fato de que as consultas estão cada vez mais curtas devido ao grande volume de pacientes nos serviços públicos de saúde, o que faz com que o médico se torne um simples repetidor de prescrição de receitas. Não se faz uma avaliação criteriosa, baseada nas diretrizes sobre a necessidade de tais drogas (NORDON *et al.*, 2009).

Outro fator preocupante em relação aos BDZ é a capacidade de gerar tolerância e dependência, as quais podem ser perpetuadas por fatores como o aumento da dose pelo próprio paciente e a necessidade psicológica da droga (NORDON *et al.*, 2009; NALOTO *et al.*, 2016). Essa dependência incentiva, muitas vezes, a automedicação, que gera a manutenção do uso dos

benzodiazepínicos a despeito das orientações de suspensão feita pelos médicos.

A automedicação tornou-se uma habilidade para satisfazer as próprias necessidades de saúde, realizando-se através do compartilhamento das medicações com os membros da família e com o círculo social, e além disso, utilizando remédios que sobraram de outras prescrições (PAREDES *et al.*, 2008).

Além disso, a falta de informações sobre as consequências do uso indiscriminado gera automedicação mediada por receitas adquiridas por vias ilegais. Tal realidade representa um risco para a saúde. Esta prática inadequada pode mascarar uma doença ou complicar um quadro sintomatológico, podendo comprometer um diagnóstico preciso e mesmo retardar o período de recuperação. Nesse sentido, é importante destacar que a automedicação produz um consumo nocivo e indesejável para o próprio paciente (PETITJEAN, 2007).

Um estudo realizado em um município de médio porte de Minas Gerais objetivou a construção de um perfil epidemiológico dos usuários de BDZ desta localidade, abordando questões como sexo, faixa etária, nível de escolaridade, vínculo empregatício e comorbidades dos pacientes daquela Unidade de Saúde da Família (USF). Observou-se que muitos pacientes faziam uso prolongado dos BDZs e que a principal motivação seria a insônia (SILVA *et al.*, 2015).

A importância desses dados bem documentados é o direcionamento da atenção em relação ao uso indiscriminado e muitas vezes sem acompanhamento devido desses pacientes. Dessa forma, pesquisas como esta agem a fim de contribuir para o uso, prescrição e dispensação racional dos medicamentos visto que muitos usuários recorrem ao uso dessas substâncias para resolver problemas psicossociais. Além disso, estudos assim promovem a possibilidade de transformação de uma realidade, não a restringindo apenas a medicalização compulsória, mas sim a melhor conduta para o paciente analisando suas demandas e necessidades (SILVA *et al.*, 2015).

O uso de BDZs por pacientes que apresentam comorbidades, como diabetes e hipertensão, gera a preocupação com as consequências da polifarmácia, principalmente entre os idosos. Nesse grupo o efeito depressor do

sistema nervoso central ocasionado pelo BDZ pode entrar em sinergismo com outro medicamento utilizado pelo paciente, aumentando o risco de quedas (LOTUFO, 2009).

Por essas inúmeras implicações da utilização indevida e exagerada dos BDZ na população, incluindo o âmbito da atenção primária, faz-se necessário o conhecimento sobre a população usuária de psicotrópicos a fim de traçar a melhor e mais segura estratégia de acompanhamento.

## 2. JUSTIFICATIVA

O uso indiscriminado de benzodiazepínicos promove agravos a saúde dos usuários. O uso por longo período não é recomendado, principalmente em idosos, devido ao risco de desenvolvimento de dependência e de outros efeitos adversos. Dentre tais efeitos, podemos destacar sonolência, vertigem, cansaço, confusão mental, cefaleia, ansiedade, letargia, ataxia, hipotensão postural, amnésia retrógrada, acidentes, tolerância, dependência e aumento na frequência de quedas (NALOTO *et al.*, 2016). Tais fatos, por si sós, justificam a realização do presente estudo.

A grande relevância do presente trabalho reside em ser um dos poucos estudos na Paraíba que abordam um tema extremamente relevante.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Identificar os aspectos epidemiológicos dos usuários de benzodiazepínicos da Unidade de Saúde da Família Raimundo Carneiro em Campina Grande-PB.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar sexo, faixa etária, nível de escolaridade e renda familiar dos usuários de BDZs da Equipe 2 da USF Raimundo Carneiro.
- Relacionar quais as comorbidades mais prevalentes entre os usuários e, baseado nesses dados, estabelecer quais os possíveis riscos do uso de BDZ associado ao uso de medicamentos para as comorbidades em questão.
- Estabelecer qual a especialidade médica que mais prescreve e a facilidade de conseguir a receita controlada para a compra do BDZ.
- Investigar quais os principais motivos para início e fazer uma análise crítica, baseada nas diretrizes que versam sobre as indicações do uso de BDZ.
- Analisar qual o BDZ mais utilizado, qual o tempo médio de uso desses medicamentos, se houve realização de desmame orientado e se existiram sintomas de abstinência.

#### 4. REVISÃO DE LITERATURA

Atualmente os benzodiazepínicos são considerados como o maior grupo de medicamentos sedativos e uma das classes de medicamentos mais consumidos mundialmente. A sua elevada eficácia terapêutica e os baixos riscos de intoxicação foram fatores desencadeantes que propiciaram uma rápida aderência da classe médica a esses medicamentos.

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), os benzodiazepínicos constituem o grupo de medicamentos mais utilizados no mundo. Supõe-se que entre 1 a 3% da população ocidental já tenha feito uso regular desse medicamento e que seu consumo dobre a cada cinco anos.

Com o aumento do consumo de tais produtos, há uma constante necessidade por parte dos profissionais de saúde em aprimorar, cada vez mais, os conhecimentos em relação aos psicotrópicos. É importante saber que existem algumas características farmacológicas que influenciam a escolha do tipo de BDZ a ser prescrito pelo médico: lipossolubilidade, metabolização, meia-vida, propriedades farmacológicas, efeitos colaterais, custos e riscos sociais (WANG *et al.* 2001).

Os benzodiazepínicos são altamente lipossolúveis, o que lhes permite uma absorção completa e penetração rápida no SNC após a ingestão oral. A lipossolubilidade é variável entre os benzodiazepínicos: o midazolam e o lorazepam também possuem boa hidrossolubilidade e são agentes seguros para a administração intramuscular. Já o diazepam e o clordiazepóxido são altamente lipossolúveis e por isso têm distribuição errática quando administrados por essa via. Desse modo, a utilização da via intramuscular deve ser evitada para esses (NASTASY *et al.*, 2002).

As vias de metabolização e a meia-vida são aspectos importantes tanto para escolha terapêutica de um benzodiazepínico quanto para o manejo de intercorrências como intoxicações e síndrome de abstinência. Os benzodiazepínicos têm metabolização hepática. O clordiazepóxido é ostensivamente metabolizado. Já o lorazepam e o oxazepam são conjugados diretamente, demandando pouco trabalho hepático e, portanto, estão indicados para os idosos e hepatopatas. Os BDZs são classificados, de acordo com sua

meia-vida plasmática, como sendo de ação muito curta (midazolam), curta (alprazolam, bromazepam, lorazepam), intermediária e longa (clonazepam e diazepam possuem meia vida de intermediária a longa). Apesar dessa divisão, sabe-se hoje que o grau de afinidade da substância pelo receptor benzodiazepínico também interfere na duração da ação ( WANG *et al.*2001).

Os BDZs possuem cinco propriedades farmacológicas. São sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. Apesar de presentes em qualquer tipo de BDZ, algumas propriedades são mais notórias em um do que em outro. O midazolam é um BDZ com propriedades eminentemente sedativa-hipnótica. Já o alprazolam é mais ansiolítico e menos sedativo.

Apesar de geralmente bem tolerados, os BDZs podem apresentar efeitos colaterais, principalmente nos primeiros dias. Desse modo, os pacientes devem ser orientados a não realizarem tarefas capazes de expô-los a acidentes, tais como conduzir automóveis ou operar máquinas. Entre os efeitos colaterais, podemos citar: sonolência excessiva diurna, piora da coordenação motora fina, amnésia anterógrada, tontura, zumbidos, quedas, fraturas, anestesia emocional, dependência. Em idosos, o quadro se agrava pelo risco de interação medicamentosa, piora do desempenho psicomotor e cognitivo e quedas.

Ao escolher um tratamento com benzodiazepínicos deve-se pensar também nas complicações potenciais, tais como efeitos colaterais, risco de dependência e custos sociais. Os custos sócio-econômicos do uso prolongado de BDZs são risco maior de acidentes em casa, no trabalho e no tráfego, risco aumentado de overdose em combinação com outras drogas, risco de atitudes antissociais, contribuição para problemas na interação interpessoal, risco aumentado de tentativas de suicídio e custos com internações, consultas e exames diagnósticos (NASTASY *et al.*, 2002).

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Caracterização do Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo transversal para a avaliação do perfil epidemiológico dos usuários de Benzodiazepínicos.

### **5.2 População e Local do Estudo**

O presente estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro em Campina Grande-PB. A população foi composta por 79 usuários e amostra por 50 pacientes que fazem uso atualmente de benzodiazepínicos vinculados à equipe II da Unidade Básica. A identificação dos pacientes foi fornecida pela médica da equipe II, através de uma lista pré confeccionada dos usuários que frequentam a Unidade, aos autores da pesquisa após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

A Unidade Básica de Saúde da Família Raimundo Carneiro situa-se no Distrito II, no Bairro do Pedregal, na zona Oeste da Cidade, originalmente concebida como uma invasão (favela). A Unidade carrega esse nome em homenagem ao Senhor Raimundo Carneiro, líder comunitário tido como um dos fundadores do Bairro do Pedregal. Forte ativista no bairro, sempre lutou pela melhoria da qualidade de vida da população. Foi figura de suma importância para a implantação do Programa de Saúde da Família no Bairro.

O Pedregal dispõe de saneamento básico, ruas com pavimentação em sua maioria, mas é uma área de fragilidade social e de segurança. Há facções criminais rivais na região tornando-a conflituosa em alguns momentos.

Há duas equipes de Saúde da Família (I e II), tendo a equipe II profissional médico do Programa Mais Médicos, e apesar da diferenciação burocrática, há uma grande interação entre as duas equipes. A equipe II conta com seis microáreas, no entanto, uma delas não dispõe de Agente Comunitário de Saúde (ACS) há vários anos, situação já questionada junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e que dificulta sobremaneira o trabalho na área. De acordo com os últimos dados do Consolidado disponibilizados pela SMS, a área atende pouco mais de 2000 indivíduos.

A USF – equipe II conta com os seguintes profissionais:

- *Médica (1)*
- *Enfermeira(1)*
- *Técnica de Enfermagem(1)*
- *Recepcionista (1)*
- *Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (7)*
- *Farmacêutica (1)*
- *Auxiliar de Farmácia (1)*
- *Serviços Gerais (2)*
- *Vigilante (1)*

### **5.3 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Os critérios de inclusão foram: utilização atual de BDZ, idade superior ou igual a 18 anos, concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. Os usuários que não fizeram parte dos critérios de inclusão foram excluídos do estudo.

### **5.4. Riscos**

Não houve riscos à saúde mental e à integridade física dos participantes voluntários.

### **5.5. Benefícios**

Orientar, a partir dos dados coletados, a implementação de estratégias de intervenções na Unidade Básica de Saúde voltadas para a comunidade, visando a promoção da saúde e prevenção de riscos para os usuários.

### **5.6. Coleta e Análise de Dados**

A coleta de dados foi realizada através de questionário constituído por uma série ordenada de perguntas dicotômicas e de múltipla escolha (Apêndice B), as quais abordaram dados pessoais, que permitiram construir o perfil epidemiológico desses usuários, e dados relativos ao consumo de benzodiazepínicos (como, por exemplo, tempo de uso e motivação para o uso). As faixas etárias aplicadas no questionário foram retiradas de um dos artigos que serviram como referência para a presente pesquisa intitulado Perfil

Epidemiológico do Usuários de Benzodiazepínicos na Atenção Primária a Saúde publicado na Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (SILVA *et al.*, 2015).

O questionário foi aplicado no próprio serviço mediante contato prévio pelos ACSs e com auxílio da médica responsável pela UBSF aos pacientes usuários de benzodiazepínicos vinculados a equipe II da Unidade de Saúde, assim como aqueles pacientes usuários que se apresentaram às consultas.

Algumas dificuldades foram encontradas no processo. A primeira foi que conseguimos aderência ao projeto de apenas duas ACSs, as quais convocaram os usuários de BDZs da suas microáreas até à Unidade. Uma ACS estava de licença prêmio, e um outro esteve de férias no período. Adicionalmente, a fragilidade social da área, com a presença de facções criminosas rivais, impediu a realização de visita domiciliar para ter acesso aos usuários que não tinham condição de se deslocarem até a Unidade.

### **5.7. Aspectos Éticos**

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) contendo os objetivos da pesquisa, esclarecendo que a participação era voluntária e que haveria a manutenção do anonimato dos sujeitos.

## 6. MÉTODO ESTATÍSTICO

Para construção do banco de dados foi utilizado o programa *Microsoft Office Excel*. As análises estatísticas foram obtidas por meio do programa estatístico SPSS 17.0. Os dados foram categorizados em variáveis socioeconômico-demográficas, comorbidades, medicações de uso contínuo e situação de uso de benzodiazepínico. A análise foi realizada por meio da estatística descritiva. Para as variáveis socioeconômico-demográficas foi realizado tabulação cruzada através do sexo.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande. Todas os procedimentos realizados encontram-se em concordância com a resolução 499/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos. Todos os participantes convidados a participar do estudo foram informados a respeito da pesquisa e, aqueles que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **7. HIPÓTESE DE DESFECHO**

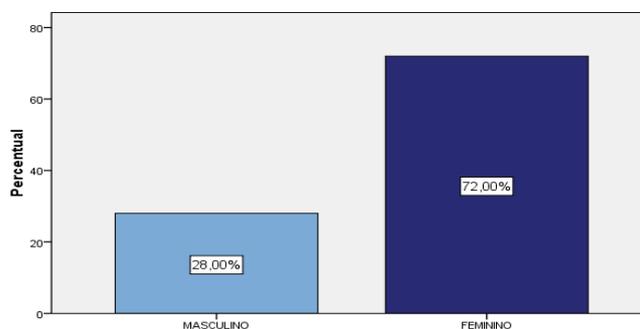
Espera-se conhecer o perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na Unidade de Saúde Raimundo Carneiro em Campina Grande-PB. Espera-se encontrar alta prevalência de pacientes que usam inadvertidamente esses medicamentos, principalmente aqueles com muitas comorbidades.

## 8. RESULTADOS

Pouco mais de sessenta por cento (63,2%) dos usuários de BDZs da equipe 2 da Unidade de Saúde foram entrevistados. Dentre esses, o sexo feminino foi predominante, com 72% (Gráfico 01).

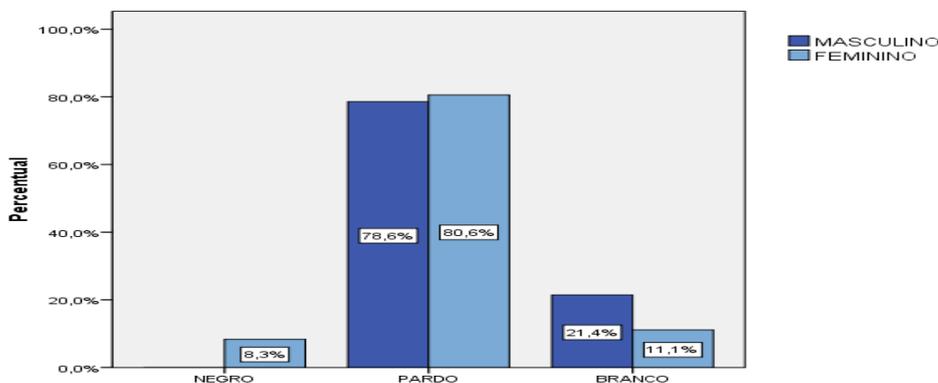
Quando questionados em relação a etnia (auto referida) 80% dos pacientes declararam-se pardos. Entre os homens, não houve a presença de usuários negros e esses foram divididos em pardos e brancos, com predomínio da raça parda (78,6%). Concordando com estes dados, no sexo feminino, observou-se a maioria parda (80,6%) e a minoria negra com apenas 8,3% dos usuários (Gráfico 02). Não houve quaisquer representantes da raça amarela ou indígena.

Gráfico 01: Sexo dos usuários (n=50).



(FONTE: Dados de pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017).

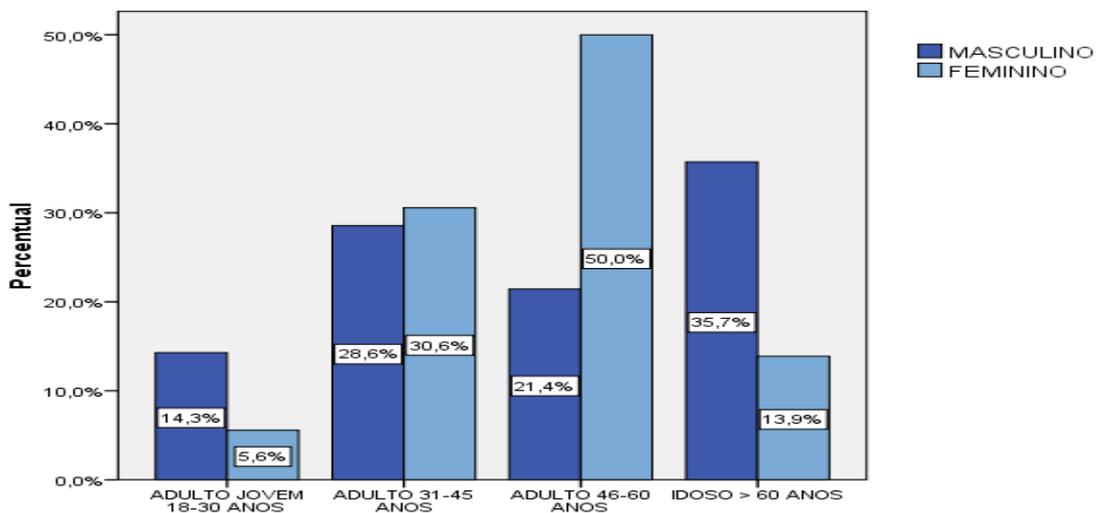
Gráfico 02: Etnia por sexo dos usuários (n=50)



(FONTE:Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017).

Observou-se ainda, em relação ao perfil epidemiológico desses pacientes, que a faixa etária predominante de usuários foi de 46-60 anos (42%), sendo que desses, 50% são compostos por mulheres e apenas 21,4% por homens. Houve um aumento desse número em relação ao sexo masculino em pacientes com mais de 60 anos (35,7%). Essa estimativa cai em pacientes mais jovens, sendo de apenas 2 pacientes do sexo feminino (5,6%) e 2 pacientes do sexo masculino (14,3%) (Gráfico 03).

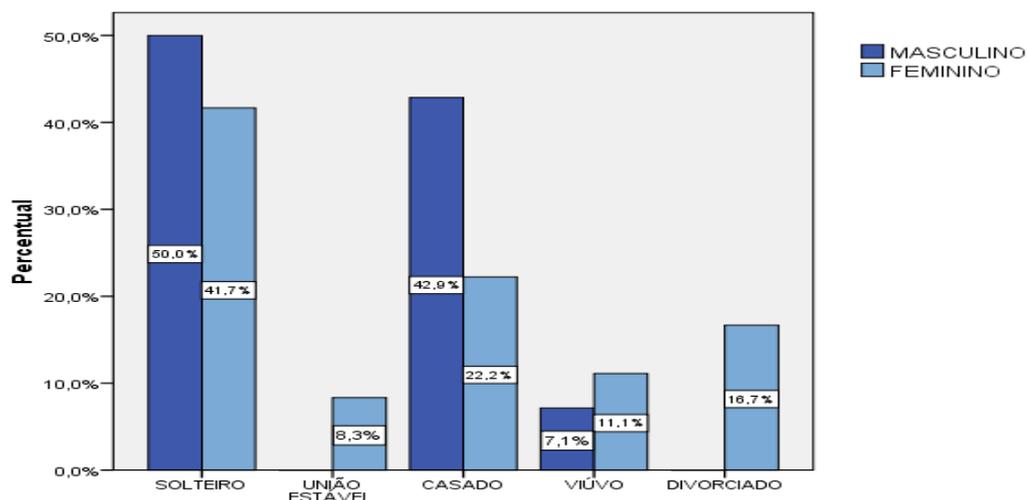
Gráfico 03. Idade dos usuários de BDZ da UBSF Raimundo Carneiro (n=50).



(FONTE: Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017).

Evidenciou-se ainda neste estudo que há um predomínio da utilização de psicotrópicos por usuários solteiros (44%). Tanto as mulheres solteiras (41,7%) quanto os homens solteiros (50%) apresentam maior taxa de uso desses medicamentos em relação a mulheres casadas (22,2%) e aos homens casados (42,9%). Não houve relatos de usuários do sexo masculino divorciados e apenas 16,7% das mulheres apresentavam esse estado civil (Gráfico 04).

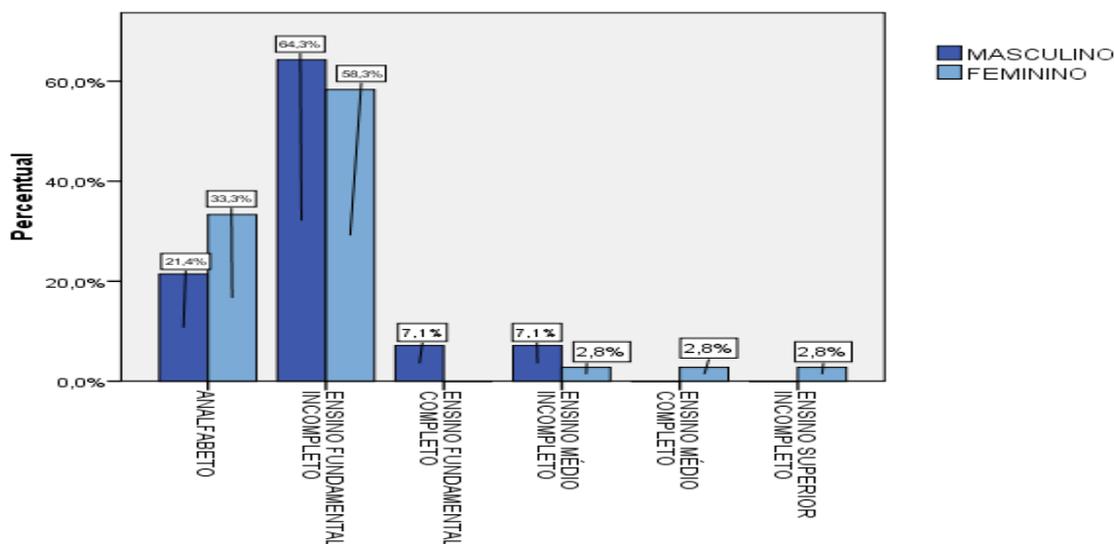
Gráfico 04. Estado civil dos usuários de BZD (n=50).



(FONTE: Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017).

Em relação à escolaridade, nota-se que a área onde o estudo foi realizado apresenta vulnerabilidade social e um grau significativo de deficiência educacional. A ampla maioria dos pacientes havia cursado apenas o ensino fundamental incompleto (60%), seguida de analfabetismo em 30% desses, havendo ainda maior frequência em mulheres. Dessas, 33% são analfabetas e 58,3% possuem o ensino fundamental incompleto. Entre os homens, a taxa de analfabetismo cai para 21,4% e o ensino fundamental incompleto sobe para 64,3%. No entanto, apenas 1 usuário completou o ensino médio e 1 possui o ensino superior incompleto, sendo ambas mulheres, compondo 2,8% dos entrevistados cada. Não houve nenhum relato entre os usuários com ensino superior completo (Gráfico 05).

Gráfico 05: Escolaridade dos usuários de BDZ divididos pelo sexo (n=50).

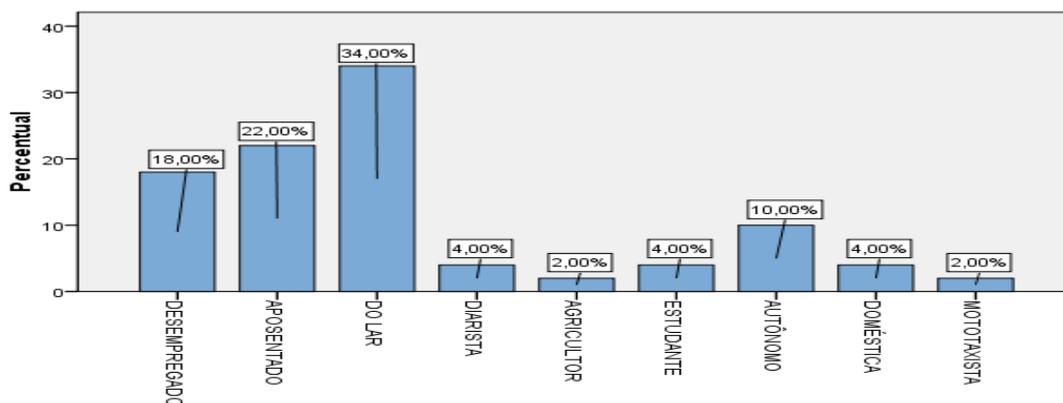


(FONTE: Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017)

Quando questionados acerca da ocupação atual verifica-se um predomínio de usuários “do lar”, o que provavelmente se justifica pelo maior número de usuários do sexo feminino no estudo. Outra informação que ganha destaque é que em segundo lugar estão os aposentados (22,2%, seja por tempo de serviço ou idade avançada, seja por aposentadoria ou por invalidez. Foram citadas ainda as seguintes ocupações: desempregado (18%), autônomo (14%), estudante (4%) e demais ocupações totalizando 6% (Gráfico 06).

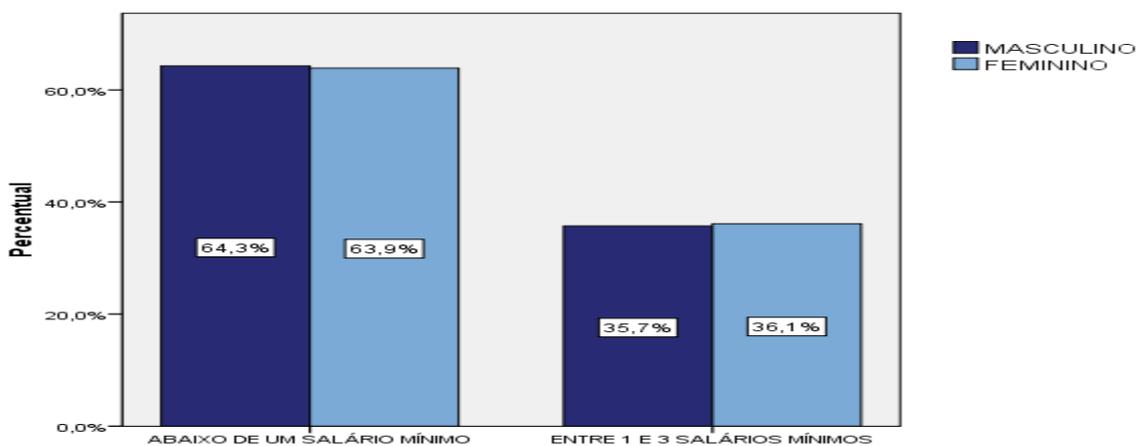
Por consequência, a maioria dos usuários recebe menos de um salário mínimo (64%), confirmando o baixo nível social da área analisada. Analisando a renda e o sexo desses, os valores são bem próximos, sendo 63,9% das mulheres e 64,3% dos homens a receber menos de um salário mínimo por mês. Não há relatos de quaisquer usuários que receba mais de 3 salários mínimos (Gráfico 07).

Gráfico 06. Ocupação dos usuários de BDZ (n=50).



(FONTE: Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017)

Gráfico 07: Renda dos usuários de BDZ divididos pelo sexo.

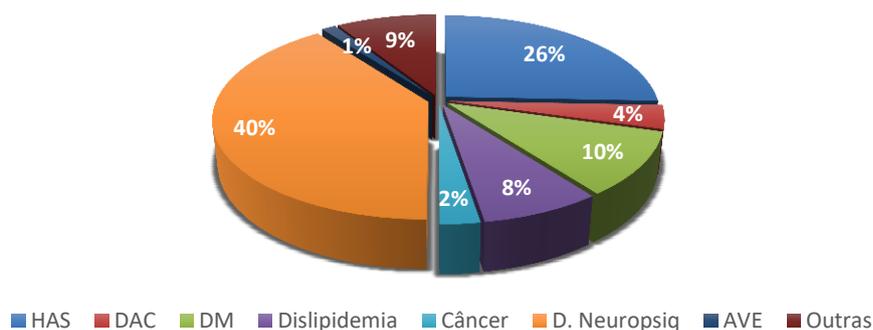


(FONTE: Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017)

Dos dados levantados, 50% dos usuários apresentam uma comorbidade associada, sendo muito citada a Hipertensão Arterial Sistêmica, o que corrobora ainda mais com a possibilidade da polifarmácia. Dezoito por cento dos usuários entrevistados apresentam duas comorbidades e 20% deles apresentam três ou mais. Apenas seis usuários referiram não apresentar

patologias associadas. Dentre as comorbidades mais citadas estão HAS, como já citada, e em 40% dos usuários, as Doenças Neuropsíquicas (Gráfico 08).

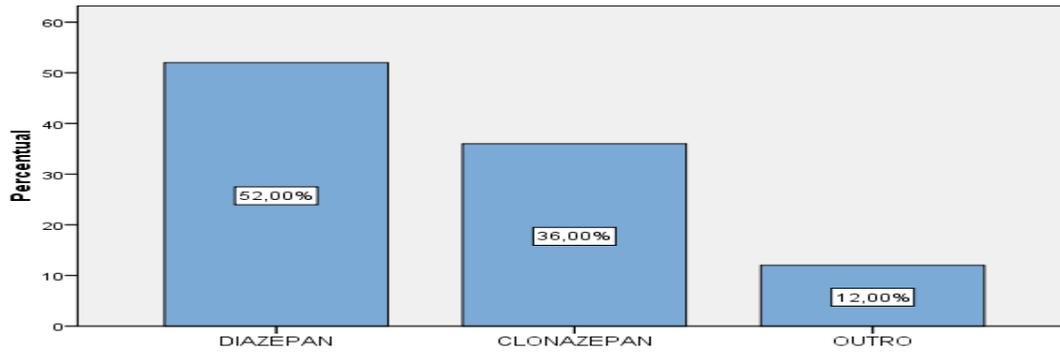
Gráfico08: Comorbidades dos usuários de BDZ (n=50).



(FONTE:Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017).  
(Legenda: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doença Arterial Coronariana (DAC), Diabetes Mellitus (DM), Doença Neuropsíquica (D. Neuropsiq), Acidente Vascular Encefálico (AVE)).

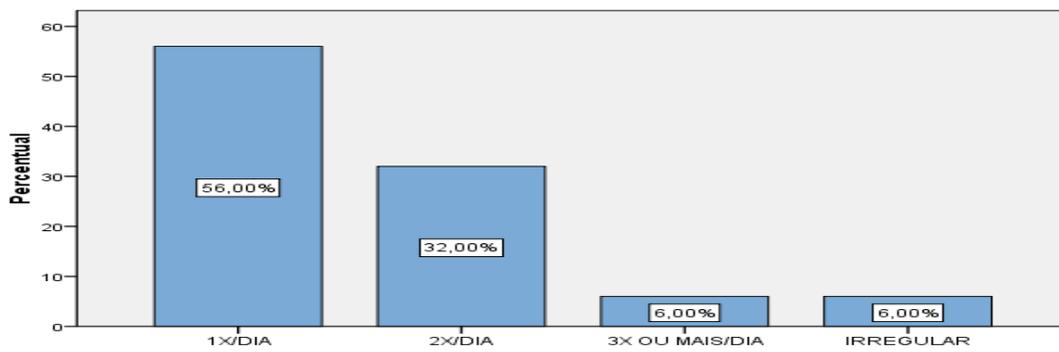
Após a avaliação de um perfil epidemiológico desses pacientes, foi proposta a análise específica sobre o uso dos benzodiazepínicos. Em relação aos tipos de BDZs utilizados, constatou-se que o Diazepam foi predominante (52%), seguido do uso do Clonazepam (36%). Doze por cento dos pacientes utilizam outro benzodiazepínico ou fazem uso concomitante de ambas as medicações (Gráfico 09). Observou-se ainda que boa parte dos usuários utilizam a medicação uma vez ao dia (56%), e apenas 6% utilizam mais de 3 vezes ao dia. (Gráfico 10). Apesar do baixo número de tomadas diárias, foi observado, em mais da metade dos usuários, um tempo de utilização de 10 anos ou mais (56%), seguido de pacientes que fazem uso entre 5 a 10 anos (16%) (Gráfico 11).

Gráfico09: Benzodiazepínicos utilizados pelos entrevistados (n=50).



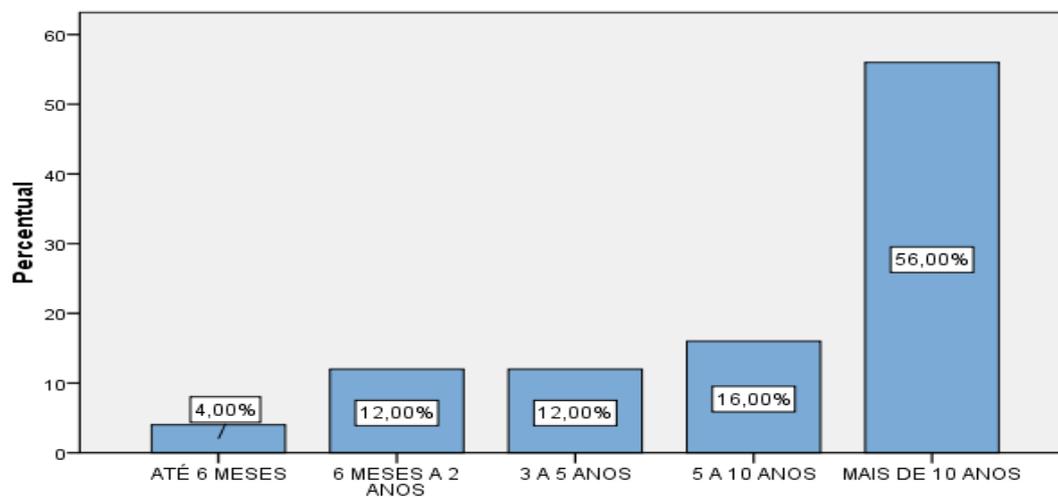
(FONTE: Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017)

Gráfico 10: Frequência de uso dos BDZ pelos usuários(n=50)



(FONTE: Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017).

Gráfico 11: Tempo de utilização do BDZ pelos entrevistados (n=50).

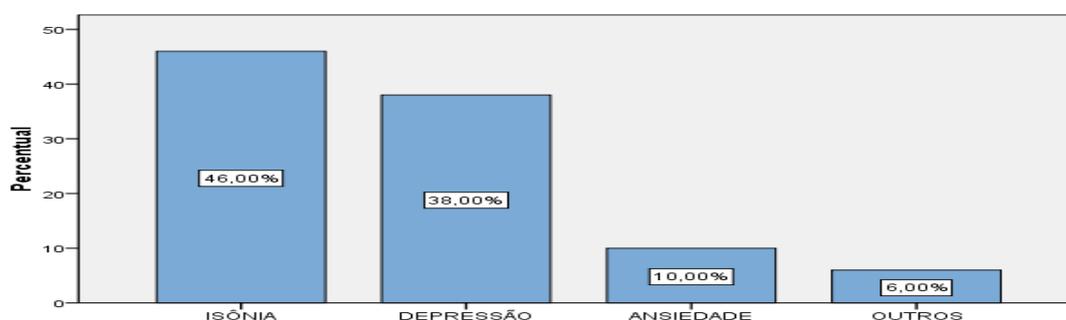


(FONTE: Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro,

2017)

Apesar do consumo por tempo prolongado, os usuários sabem identificar o motivo do uso dessas medicações e auto referem à insônia como o mais prevalente (46%), seguido de depressão em 38% desses. A ansiedade e outros motivos foram citados por 10% e 4% dos pacientes, respectivamente (Gráfico 12).

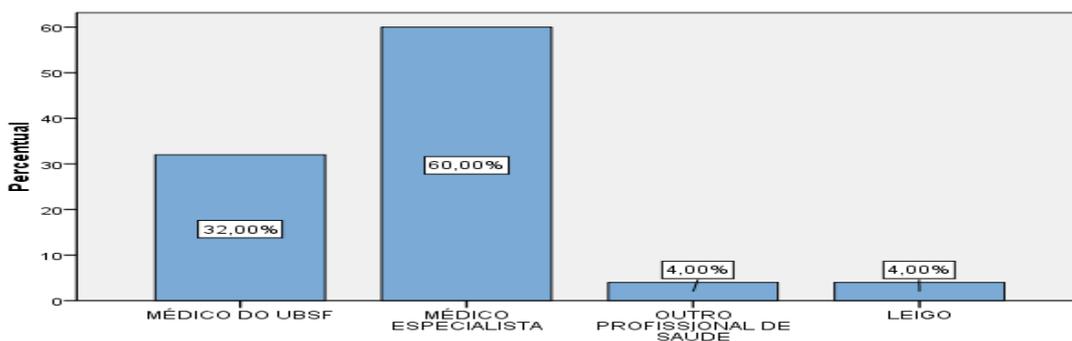
Gráfico 12. Motivo auto referido para o uso de BDZ (n=50).



(FONTE: Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017).

Em relação a prescrição dessas medicações, observou-se que apesar da cultura da automedicação, a maioria dos pacientes apresentava como primeiro fornecedor dos benzodiazepínicos o médico especialista (60%) e, dentre esses, há o predomínio de Psiquiatras (83%), já que muitos dos pacientes referem ser acompanhados também no CAPS. O médico da UBSF responde por 32% dessas prescrições iniciais. Apenas duas pessoas conseguiram a medicação com outro profissional de saúde e duas com leigos (Gráfico 13). Esses dados corroboram com o fato de que 72% dos usuários possuem diagnóstico médico da sua patologia enquanto 28% desconhecem ou não possuem orientação sobre a própria condição.

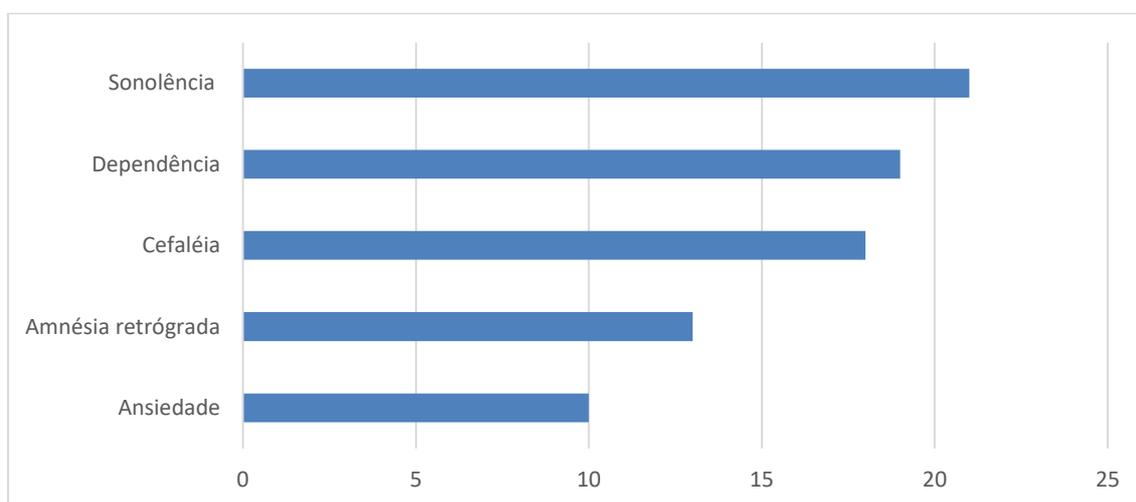
Gráfico 13. Primeiro fornecedor do BDZ para o paciente (n=50).



FONTE: Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017).

Alguns efeitos adversos associados aos benzodiazepínicos, sendo o mais prevalente no presente estudo a sonolência, estimulam as tentativas de interrupção. Outros sintomas relatados pelos usuários são: dependência, cefaleia, amnésia, ansiedade, cansaço, letargia, hipotensão postural, confusão mental e quedas, sendo as cinco primeiras mais frequentemente citadas (Gráfico 14).

Gráfico14: Efeitos adversos mais citados pelos usuários de BDZ da Equipe 2 da UBSF Raimundo Carneiro (n=50).

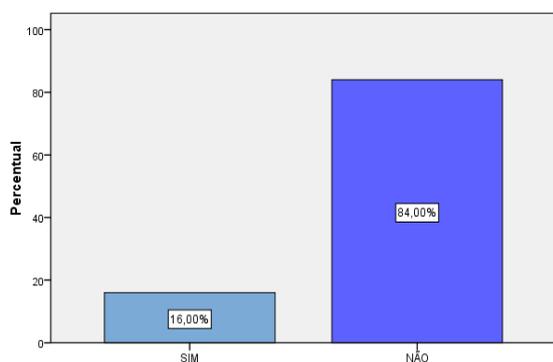


(FONTE: Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017).

Dessa forma, 50% dos pacientes já tentaram cessar o uso, mas sem sucesso. No entanto, esse insucesso está ligado muitas vezes ao desmame

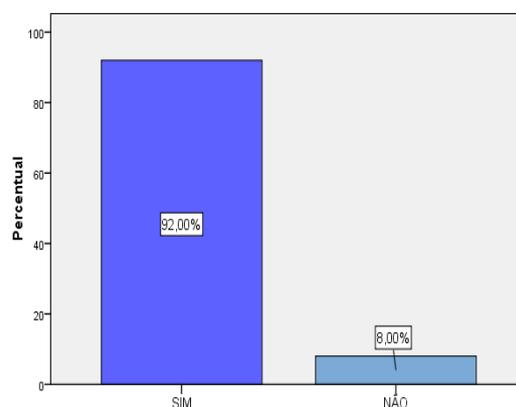
por conta própria, sem orientações de uma equipe de saúde, fato que ocorre em 84% dos pacientes que interromperam o uso (Gráfico 15). O retorno a utilização desses psicotrópicos se dá, em grande parte, devido ao surgimento de sintomas de abstinência no período de cessação. Esses sintomas de abstinência correram em 92% dos pacientes, dificultando o desmame e, em muitos casos, corroborando com outros achados do estudo: o tempo prolongado de uso desses benzodiazepínicos e a dependência, a última também citada como efeito adverso da medicação (Gráfico 16).

Gráfico 15: Desmame orientado do BDZ (n=50).  
(n=50)



(FONTE Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017)

Gráfico 16: Sintomas de abstinência

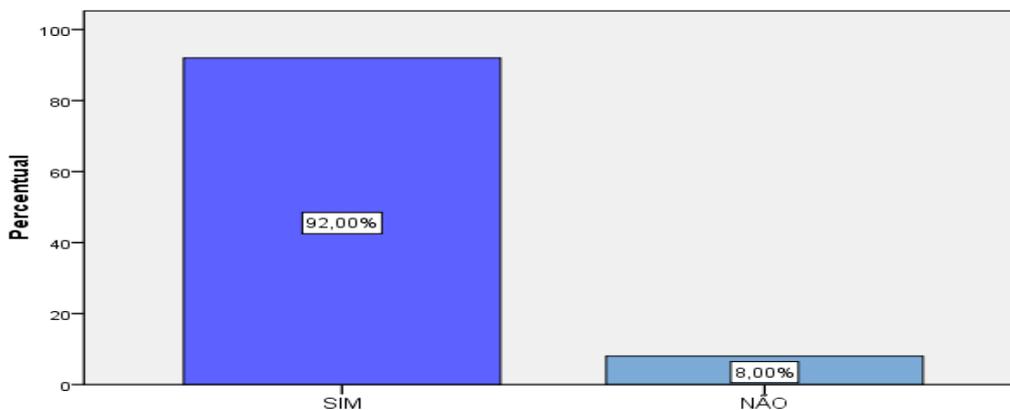


(FONTE: Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017).

Diante de uma tentativa de desmame não orientada e, portanto, ineficaz, esses pacientes necessitam da manutenção da prescrição dos medicamentos, a qual, neste estudo, é realizada atualmente, em sua grande maioria, pelo médico da Unidade Básica de Saúde da Família (72% dos casos). Em 24% das vezes a prescrição permanece sendo feita pelo médico especialista, com predomínio dos Psiquiatras. Apenas uma usuária referiu fazer uso constante da medicação fornecida pela vizinha, sem qualquer orientação médica.

Dentre os entrevistados, 92% referiram facilidade em conseguir a receita, tanto na UBSF quanto no CAPS (Gráfico 17).

Gráfico 17: Facilidade em renovar a receita do BDZ (n=50).



(FONTE: Dados desta pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, 2017)

## 9.DISCUSSÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), surge no Brasil como uma estratégia para reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir os modelos tradicionais, visando melhorar a qualidade de vida da população. Constitui-se em uma estratégia para reorientação do modelo assistencial de saúde, objetivando um modelo integral de atendimento ao indivíduo em seu contexto sócio familiar(SILVA *et al*, 2015).

O usuário neste modelo de atenção passa a ser tratado não como um prontuário ou um número, mas como um cidadão com uma trajetória histórica. Assim, a equipe de saúde da família pode ser considerada como um dos dispositivos fundamentais para as práticas de saúde mental.

A equipe de saúde com a qual este trabalho foi desenvolvido busca implementar práticas de assistência à saúde mental na unidade. O presente estudo, portanto, ajuda a conhecer melhor uma parte da população que necessita de acompanhamento mental, visando implementar estratégias eficazes para melhor assisti-la.

Apesar do empenho em aprimorar a saúde e melhorar a qualidade de vida dos pacientes atendidos na UBSF Raimundo Carneiro, muitos entraves ainda estão presentes em relação a este objetivo. Um deles e, atualmente, um dos mais limitantes, é a dificuldade de acesso aos pacientes, que por habitarem uma área de potencial risco de violência, reduz o número de atendimentos domiciliares. Este fato impossibilitou a visita às residências para aplicação dos questionários a usuários acamados ou com impossibilidade de acesso à Unidade. Dessa forma, as buscas ativas foram desencorajadas pela equipe atuante na área, visando a segurança dos autores do trabalho. Assim, a coleta se restringiu a usuários que se apresentaram na Unidade. Esses foram convocados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou apareceram por livre demanda. Apesar das limitações, os resultados trazem aspectos relevantes para a prática dos profissionais de saúde, ao estabelecer a dimensão do uso dos BDZs na atenção primária à saúde nesta Unidade.

A predominância dos entrevistados do sexo feminino está em consonância com vários estudos (ALVARENGA, 2009;XAVIER 2010;NETTO *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2015). Alguns fatos que podem justificar essa realidade são: a maior preocupação das mulheres com a própria saúde e conseqüentemente à busca por serviços de saúde, ao maior número de casos de ansiedade e depressão entre elas, a motivação enganosa das propagandas de medicamentos que utilizam prioritariamente as figuras femininas, a condição de gênero feminino e até mesmo questões socioculturais(AQUINO, 2008; SILVA *et al.*, 2015).

Por ser um estudo realizado no Nordeste, e no Brasil, há uma certa dificuldade em relação a autodesignação da raça, pela própria miscigenação, existindo um predomínio da raça parda dentre os usuários de benzodiazepínicos do estudo em ambos os sexos.

Seguindo a abordagem do perfil social, a maior prevalência de usuários entre 46 e 60 anos corrobora o estudo de Firmino *et al.* (2012), o qual evidenciou uma maior porcentagem de pacientes com idade entre 16 e 60 anos, com média de 49,7 anos, seguida de usuários com mais de 60 anos. Nordon (2009) também afirma que no sexo feminino a maior prevalência de usuárias se dá entre os 50 e 69 anos em comparação a mulheres jovens, fato que concorda com nosso estudo.

A maior presença de pacientes do sexo masculino com mais de 60 anos denota que o envelhecimento tem um impacto no uso de psicotrópicos.

Nos últimos anos, o uso de psicotrópicos em idosos aumentou expressivamente em decorrência da ampliação das indicações terapêuticas dessa classe, do lançamento de agentes com menor perfil de toxicidade e do reconhecimento de que determinados quadros clínicos, prevalentes nessa faixa etária, podem ser tratados com esses medicamentos. Todavia, o uso de psicotrópicos pode estar relacionada a eventos adversos que causam impacto no perfil de morbimortalidade desse grupo de indivíduos (NOIA, 2010).

Para o adequado manejo dos psicofármacos em idosos, é fundamental que sejam consideradas as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, já que a farmacocinética de praticamente todos os psicotrópicos será afetada por estas mudanças. Ocorre, com a idade, aumento proporcional da gordura corporal, o que leva a um maior volume de distribuição de drogas lipofílicas, como os antidepressivos, antipsicóticos e benzodiazepínicos. As taxas séricas de albumina se encontram reduzidas, com conseqüente aumento da fração de droga não ligada a esta proteína, capaz de atravessar a barreira hematoencefálica e produzir efeitos terapêuticos. Os processos de metabolização hepática (particularmente a oxidação) e de excreção renal das substâncias se acham diminuídos, acarretando maiores meia-vidas e maior risco de toxicidade (SANCHES *et al.*, 2000).

Independentemente da classe de psicofármacos, a maioria dos autores enumera algumas regras básicas para prescrição para idosos: preferir, sempre que possível, a monoterapia. O idoso, com frequência, se encontra em uso de outros medicamentos, como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e outros, sendo altamente susceptíveis às interações medicamentosas; sempre iniciar o tratamento com a menor dose possível, que deverá ser elevada paulatinamente, com base na resposta terapêutica e na tolerabilidade. Em função das alterações farmacocinéticas citadas, o idoso apresenta maior susceptibilidade a efeitos colaterais e boa resposta às doses baixas de medicamentos. Recomenda-se iniciar com metade a um terço das doses iniciais recomendadas para adultos jovens e evitar drogas com acentuado perfil de efeito colateral. É fato que o idoso apresenta maior incidência de quedas, parkinsonismo, discinesia tardia e delirium medicamentoso, quando comparado

com adultos jovens. São também mais sujeitos às complicações decorrentes desses efeitos colaterais (por exemplo, as fraturas decorrentes de quedas). Há significativo maior risco de fraturas de quadril com o uso de benzodiazepínicos mesmo que em doses baixas (WANG *et al.*, 2001).

Especificamente quanto aos benzodiazepínicos, atualmente, há a tendência de evitar em idoso, pelo prejuízo cognitivo, risco de quedas e efeito paradoxal, e pelo potencial de dependência associados. Quando indispensáveis, utilizá-los por curtos períodos e em baixas dosagens, evitando o uso em pacientes demenciados (SANCHES *et al.*, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a frequência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) cresce com o aumento da idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais. Tal fato, considerando que quanto maior a idade, maior a chance de comorbidades associadas, reforça a possibilidade do uso da polifarmácia e, portanto, estão sujeitos ao risco de tal conduta. Como a maior parte dos usuários do presente estudo apresenta uma faixa etária entre 46 e 60 anos, verificou-se clara associação entre a HAS e a polifarmácia, aumentando ainda mais os riscos para essa população. Apenas 12% dos usuários não apresentam outras comorbidades associadas. Outro estudo também observou a presença de HAS em 25% das pacientes usuárias de BDZ (ALVARENGA *et al.*, 2009).

A presença de um maior percentual de usuários solteiros (44%) contrapõe-se aos dados encontrados na literatura, onde a maior prevalência está entre as pessoas casadas (BORGES, 2015; NALOTO *et al.*, 2016).

Abordando ainda o perfil social dos usuários, quanto ao impacto do nível de escolaridade no uso de BDZ, existe uma associação significativa entre analfabetismo e uso crônico de benzodiazepínicos e outros psicofármacos. Isto porque a escolaridade está interligada a menores chances de ascensão social e profissional e, portanto, menores salários, o que contribui para o aumento da chance de desenvolver algum transtorno e de necessitar fazer o uso de psicofármacos (NORDON, 2009).

Este é um dado preocupante, pois pessoas mais carentes de informações e com menor poder aquisitivo tornam-se mais vulneráveis ao uso dessas medicações para, muitas vezes, resolver desordens psicossociais (NORDON, 2009). Este estudo corrobora com essa realidade ao apontar que a

grande maioria dos usuários de BDZ na localidade estudada referiu ter o ensino fundamental incompleto (60%) ou ser analfabeto (30%), especialmente entre as mulheres. Observa-se a mesma associação em um estudo realizado por Nordon (2009), o qual evidenciou que, entre as usuárias de benzodiazepínicos de uma Unidade Básica de Ribeirão Preto, 28,6% eram analfabetas e 14,4% possuíam o ensino fundamental incompleto.

A ocupação como “do lar” também foi predominante em um estudo realizado com 210 usuários de benzodiazepínicos adultos, contando com 45,2% de pessoas que se denominavam-se “do Lar” ou domésticas (47,6%) seguida por aposentados (45,2%) (NALOTTO, 2016).

Após uma observação detalhada do perfil social desses usuários, é importante perceber as características específicas em relação à utilização desses psicotrópicos. O uso prolongado de benzodiazepínicos verificado no estudo, com destaque para Diazepam e Clonazepam, é preocupante. Alguns autores também evidenciaram um predomínio na prescrição do Diazepam. No entanto, utilizar de forma crônica essa classe de medicamentos pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência (XAVIER, 2005; FIRMINO *et al.*, 2012; BORGES *et al.*, 2015).

Ao observar a frequência na qual os pacientes fazem uso, o estudo de Ribeiro *et al.* (2007) apresentou a mesma posologia, qual seja, apenas 1 vez ao dia.

O uso por mais de três vezes ao dia, visto apenas em 6% dos usuários, pode estar associado não só ao receio do excesso de medicação ingerida, como também ao surgimento dos efeitos adversos.

Embora a literatura preconize que os BDZs devem ser utilizados por um curto período de tempo, o que observamos é a continuidade do uso que vai além de uma indicação clínica bem definida e por um tempo de tratamento indeterminado. Assim como no presente estudo, Ribeiro *et al.* (2007) observaram um tempo de consumo prolongado do Diazepam (aproximadamente 10 anos) nas pacientes entrevistadas. Diante disso, surge a necessidade de racionalizar o uso excessivo destes medicamentos que vem se transformando, cada dia mais, em um problema de saúde pública. A utilização deles deve ser norteada pela administração das menores doses terapêuticas e

pelo menor período de tempo possível, devido aos riscos de dependência e abuso e de inúmeros efeitos adversos (XAVIER, 2005).

Dentre os efeitos adversos relacionados aos BDZs, estão o prejuízo de memória e do desempenho psicomotor, além da dependência fisiológica, comportamental e psicológica. O principal efeito amnésico dessas medicações é o prejuízo na memória anterógrada do tipo episódica de longo prazo. Não alteram os demais subtipos de memória.

Com relação ao desempenho psicomotor, as tarefas nas quais mais interferem são as tarefas que envolvem manutenção da atenção, velocidade de desempenho e precisão, o que os torna particularmente prejudiciais a pessoas que exercem atividades envolvendo precisão ou rapidez de reflexo (MENDONÇA *et al.*, 2008; XAVIER, 2005).

O Clonazepam e o Diazepam, os BDZs mais utilizados pela população estudada, são classificados de acordo com sua meia-vida plasmática como de ação intermediária. Esse fato, associado a lentificação do desempenho relacionado a esse medicamento, pode justificar o achado no presente estudo de sonolência como o efeito adverso mais comum.

Devemos ressaltar que a sonolência como efeito adverso mais comum dos BDZs, na população estudada, pode ser questionada, uma vez que boa parte dessa população utiliza outras medicações psicotrópicas em concomitância com os BDZs, as quais também poderiam justificar essa sonolência.

Vários estudos epidemiológicos mostraram que mais de 60% da população em geral apresenta sintomas de insônia e que 9% a 21% dos indivíduos investigados referem um transtorno de insônia com consequências graves no dia-a-dia. A prevalência das queixas de insônia aumenta com a idade e é maior entre mulheres, divorciados, viúvos e indivíduos com baixo nível socioeconômico e educacional (JINDAL *et al.*, 2004; BERLIM *et al.* 2005).

A insônia é o principal motivo que leva a população ao uso dos benzodiazepínicos e esta não é uma indicação para o uso prolongado (BERLIM *et al.*, 2005). Neste estudo, o principal motivo para a prescrição dos BDZs são os casos de insônia que atingem 46% dos usuários seguido de depressão. Entre os usuários que justificaram a insônia como o motivo do uso, verifica-se que a maioria acredita que esses medicamentos são a única solução para seu

problema. As medidas não farmacológicas para o tratamento da insônia não são realizadas (XAVIER, 2005). Já Ribeiro *et al.* (2007) apresentam o nervosismo como justificativa principal. A insônia veio em segundo lugar. No entanto, a mesma torna-se predominante quando os usuários são questionados em relação ao motivo de manutenção da prescrição.

As medidas não farmacológicas (comportamentais e cognitivas) têm como objetivo principal reduzir e/ou modificar fatores que interferem negativamente no sono, incluindo hábitos mal adaptativos, hiperestimulação cognitiva ou fisiológica e crenças disfuncionais. Vários estudos indicam que 70% a 80% dos indivíduos insones se beneficiam com o uso de estratégias não-farmacológicas. A magnitude da melhora é de aproximadamente 50% (especialmente no relato subjetivo da qualidade e da quantidade de sono), sendo essa melhora mantida por até 24 meses após o início do tratamento. As intervenções utilizadas são: higiene do sono, terapia de controle de estímulos, terapia de restrição de sono e terapia de relaxamento e de *biofeedback* (BERLIM *et al.*, 2005).

A higiene do sono tem como objetivo evitar comportamentos e/ou aliviar condições incompatíveis com o sono reparador e a estabelecer um hábito regular de sono. Entre as medidas necessárias para higiene do sono, podemos citar: dormir o quanto for necessário para estar descansado; não forçar o sono; o quarto de dormir deve ser silencioso, escuro e com temperatura agradável; ter um horário relativamente uniforme para deitar e levantar; realizar exercícios físicos com regularidade, mas não realizar exercícios extenuantes imediatamente antes de deitar; evitar cochilos durante o dia, principalmente os que duram mais de 30 minutos; não ingerir bebidas alcoólicas imediatamente antes de deitar; não ingerir bebidas que contenham estimulantes ou cafeína após o anoitecer; evitar o uso do tabaco após o anoitecer; não ouvir música, ver programas de TV, filmes ou realizar leituras que sejam excitantes próximos ao horário de dormir; não falar ao telefone, assistir televisão ou fazer refeições na cama; evitar o uso crônico de medicações para a insônia. Infelizmente a realidade clínica mostra que tais medidas são pouco realizadas (BONNET *et al.*, 2017).

Ao contrário do evidenciado no contato com os usuários da área estudada, as medidas farmacológicas para o tratamento da insônia só devem

ser buscadas quando o paciente insone não responde às medidas não farmacológicas. Várias classes de medicamentos são utilizadas no tratamento desse transtorno, incluindo os agonistas do receptor benzodiazepínico, os antidepressivos, os anti-histamínicos, os antipsicóticos e os chamados compostos naturais. Os benzodiazepínicos são a primeira escolha farmacológica para o tratamento, em curto prazo, da insônia primária (insônia que não ocorre durante o curso de outro transtorno do sono ou de outro transtorno mental, nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral), mas não devem ser a escolha para o uso crônico (POYARES *et al.*, 2005).

Os BDZs foram criados para serem drogas com menos efeitos colaterais e para reduzir a dependência quando comparados a outros psicotrópicos (AQUINO, 2008). No entanto, nos entrevistados, observou-se que, além da resistência em interromper a medicação pelo próprio receio do retorno dos sintomas, os usuários apresentaram sintomas de abstinência nessas tentativas. Ainda assim, a metade da população estudada referiu ter tentado cessar o uso sem sucesso. Tal fato, provavelmente, deve-se as tentativas de desmame sem orientação a qual ocorreu em 84% dessa população.

Para o desmame orientado, a dosagem de BDZs deve ser reduzida gradualmente. A retirada abrupta, especialmente de altas doses da medicação, pode precipitar convulsões, estados psicóticos agudos e outras reações graves (ASHTON, 2005; LADDER *et al.*, 2009). O recomendado nesses casos é a retirada gradual, de um oitavo a um décimo da dose diária a cada 1 ou 2 semanas (ASHTON, 2005).

Pacientes dependentes de BDZs são um desafio para a equipe de saúde da família. O médico da equipe de saúde da família é hoje o principal prescritor desses medicamentos (XAVIER, 2005), dado que vai ao encontro do que encontramos na pesquisa: apesar do primeiro prescritor, em geral, ser o médico especialista, a maior parte da prescrição dos usuários é mantida pela médica da Unidade Básica. Da mesma forma que no estudo de Souza (2013), os entrevistados referem ser fácil conseguir a receita.

Estudos mostram que a desinformação dos médicos em geral sobre os possíveis efeitos adversos dos BDZs e a tendência a medicalização excessiva

do paciente são os principais motivos para a realidade encontrada(XAVIER, 2005; AQUINO, 2008).

Apesar dos motivos supracitados serem os mais comuns, na equipe de saúde da família onde foram aplicados os questionários, verifica-se que tais motivos não se aplicam. Apesar dos esforços da médica em atrelar a prescrição a uma consulta e, por conseguinte, de tentar iniciar desmames, a resistência dos usuários em deixar de utilizar tal medicamento é muito grande. Muitos são resistentes inclusive a passar por consulta médica, referindo que querem apenas a receita.

Toda a discussão levantada no presente artigo nos remete ao fenômeno da medicalização: troca de carinho e atenção por remédios e tratamentos. Esse é um processo que transforma em distúrbios a serem tratados com terapias e medicamentos questões inerentes à vida social, como emoções, sentimentos e comportamentos que não são aceitos socialmente. Ou seja, comportamentos diferentes do padrão imposto pela sociedade acabam transformados indiscriminadamente em doença passível de medicação e de acompanhamento excessivo com psicólogos, fonoaudiólogos e outros profissionais."Esse fenômeno social é importante porque atinge a sociedade como um todo, de maneira contundente. Leva ao uso excessivo de remédios e terapias, transforma sofrimentos e dificuldades em doenças e a vida das pessoas em produtos; é uma máquina de consumo, de controle", palavras do presidente do Sindicato dos Psicólogos de São Paulo, Rogério Giannini.(OLIVEIRA, 2013)

Buscar modificar essa realidade de prescrição exagerada de BDZs é essencial. Para que isso aconteça no âmbito da Medicina de Família e Comunidade, faz-se necessária ação integrada da equipe de saúde da família e educação continuada para os profissionais que constituem tal equipe no sentido de estimular a reflexão sobre os riscos da manutenção desse quadro. Modificar essa realidade é um grande desafio, mas ele precisa ser enfrentado.

## 10. CONCLUSÃO

O perfil socioeconômico dos usuários de benzodiazepínicos é em sua maioria composto por mulheres, de etnia parda, com faixa etária entre 46 e 60 anos, solteiras, com baixo nível de escolaridade e renda abaixo de um salário mínimo. A grande maioria dos usuários apresenta pelo menos uma comorbidade associada e as mais prevalentes foram as doenças psiquiátricas, Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus.

Em relação ao uso dos BDZs, os mais utilizados pela população em estudo são Diazepam e Clonazepam, com tempo médio de utilização de mais de 10 anos. O principal motivo auto-referido para o uso são: insônia, seguido de depressão. O primeiro prescritor comumente é o médico especialista, mas a manutenção da prescrição é feita pelo médico da USF. Metade dos pacientes referem ter tentado cessar o uso, sem sucesso. Realidade justificada pelo grande percentual que o fez sem orientação, tendo portanto apresentado importantes sintomas de abstinência. Os usuários referem ter facilidade em conseguir as receitas.

As equipes de saúde da família geralmente restringem o atendimento aos pacientes com sofrimento psíquico ao ato prescritivo de psicotrópicos. Dessa forma, o trabalho deixa de ser articulado e ampliado para ser fragmentado e sem significado nenhum para o processo de tratamento do usuário com sofrimento psíquico, mas conduz para uma distribuição elevada e uso abusivo de psicotrópicos, sem realizar uma avaliação sistemática que vise a real necessidade do uso dessa droga. Nota-se que a utilização de medicamento é a principal prática terapêutica na rede pública e na atenção básica, se afirmando como o único recurso disponível aqueles que necessitam desse tipo de cuidado. A atualização do perfil de saúde mental de uma comunidade e ou distrito deveria ser de preferência uma atividade contínua ou pelo menos anual dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica, pois os dados quando capazes de gerar informações tornam-se ferramentas importante para caracterizar problemas e propor possíveis soluções.

Para que ocorra uma atenção integral ao usuário é essencial que seja efetuado um planejamento com todos os membros da equipe da Estratégia Saúde Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família para o desenvolvimento de ações que não estejam centradas somente no profissional médico e na medicalização possibilitando outras formas de pensar e agir no cuidado a pessoa. Isso vem ao encontro das Políticas Nacionais de Saúde Mental, as quais privilegiam atendimentos multiterápicos e que possibilitem a escuta, a humanização e a clínica ampliada.

Uma assistência de qualidade também deve ser desenvolvida com base em uma linha de cuidado em saúde mental e com educação permanente de todos os profissionais a respeito do uso, abuso, dependência e efeitos colaterais dos benzodiazepínicos, tendo em vista as danosas consequências do uso prolongado destes psicofármacos. A mudança de concepção e de atitude do profissional em relação às morbidades psiquiátricas e ao sofrimento mental são imprescindíveis para a qualidade do cuidado bem como para desvincular a representação social da doença mental do incurável, o que legitima o modelo hegemônico. Deve-se, portanto, buscar intervenções que possam aproximar-se do sujeito e de suas singularidades e subjetividades na tentativa de aderir ao modelo de atenção psicossocial (BACELAR, 2014).

## 11. REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, J. M. A population based study on health conditions associated with the use of benzodiazepines. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.3, p. 605-612. 2009.
- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p.733-738. 2008.
- ASHTON, H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry*, v.18, p. 249-255. 2005.
- BARCELAR, C.F. Uso indiscriminado de benzodiazepínicos: proposta de um plano de intervenção. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/CAMILA-FERREIRA-BACELAR.pdf>> acesso em 08 de Agosto de 2017.
- BERLIM M.T, LOBATO, M. I., MANFRO, G.G. (2005). Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia. *Psicofármacos: Consulta Rápida* (pp. 385-401). Porto Alegre: Artmed.
- BONNET, M. H. ARAND D.L. Treatment of insomnia in adults. Disponível em: <<http://www.uptodate.com>> Acesso no dia 28 de agosto de 2017.
- BORGES, T.L. et al. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm*, v. 28, n.4, p.344-349. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., Brasília. (2013)
- FIRMINO, K. F. et al. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, p.157-166. 2012.
- GALDURÓZ, J. C et al. Uso de drogas psicotrópicas no brasil: pesquisa domiciliar. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.3, p. 888-895. 2005.
- JINDAL, R. D., BUYSSE D.J., THASSE, M.E. Maintenance Treatment of Insomnia: What Can We Learn From the Depression Literature? *Am J Psychiatry*, v. 161, n.1, p.19-24. 2004.
- LOTUFO, P. Benzodiazepínicos e relaxantes musculares: fatores de risco para fraturas em idosos. *Diagn Tratamento*, v.14, n.1, p.45-46. 2009.
- LADER, M. TYLEE, A., DONOGHUE, J. Withdrawing Benzodiazepines in Primary Care. *CNS Drugs*, v. 23, n. 1, p.19-34. 2009.
- 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.

- NALOTO, D. C. et al. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n. 4, p. 1267-1276. 2016.
- NASTASY, H. RIBEIRO, M, MARQUES, A.C.P.R. P Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos. Disponível em:  
<[http://www.fmb.unesp.br/Home/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiq/psiquiatria/ViverBem/Consenso\\_benzodiazepinicos.pdf](http://www.fmb.unesp.br/Home/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiq/psiquiatria/ViverBem/Consenso_benzodiazepinicos.pdf)> Acesso em 21 de julho de 2017.
- NETTO, M. U. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, v. 33, n.1, p. 77-81. 2012.
- NOIA, A.P Fatores associados ao uso de psicotrópicos em idosos no município de São Paulo: estudo SABE. Disponível em:  
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-23122010-085241/pt-br.php>> Acesso em 10 de Agosto de 2017.
- NORDON, D. G., AKAMINE, K., NOVO, N. F., & HÜBNER, C. V. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Rev Psiquiatr RS.*, v. 31, n.3, p.152-158. 2009.
- OLIVEIRA, C. Medicalização: troca de carinho e atenção por remédios e tratamentos. Disponível em:<<http://www.redebrasilatual.com.br/educacao/2013/07/medicalizacao-da-sociedade-e-da-educacao-e-tema-de-seminario-internacional-em-sao-paulo-7474.html>>. Acesso em 10 de Agosto de 2017.
- PAREDES, N. P., MIASSO, A. I., & TIRAPELLI, C. R. Consumo de Benzodiazepínicos sem prescrição médica entre estudantes do primeiro ano da escola de enfermagem da Universidade de Guayaquil, Equador. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.16 (especial). 2008.
- PETITJEAN. Benzodiazepine prescribing to the Swiss adult population: results from a national survey of community pharmacies. *Int.Clin Psychopharmacol*, v.22, n.5, p.292-298. 2007.
- POYARES, D, et al. Sleep promoters and insomnia. *Rev Bras Psiquiatr.* v.27(Supl I), p. 2-7. 2005.
- RIBEIRO, C. S. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers:user profile and usage pattern. *Sao Paulo Med J.* , v.125, n.5, p.270-274. 2007.
- SANCHES,M., FREIRIAS,A., MENON,M.A.,& CUSTÓDIO,O. Uso de psicofármacos em pacientes idosos. Disponível em:  
<[http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2\\_04.htm](http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2_04.htm)>. Acesso em 22 de julho de 2017.

- SILVA, V.P. et al. Perfil epidemiológico dos usuários de Benzodiazepínicos na Atenção Primária à saúde. *R.Enferm Cent.O. Min.* v.5, n.1, p.1393-1400. 2015.
- SOUZA, A. R., OPALEYE, E. S., NOTO, A. R. Contextos e u padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.4, p.1131-1140. 2013.
- XAVIER, I de R.,Disponível em:  
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>.>  
Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos.Acesso em:  
10 de Agosto de 2017.
- WANG P.S., et al. Hazardous Benzodiazepine Regiments in the Elderly: Effects of Half- Life, Dosage, and Duration on Risk of Hip Fracture. *Am J Psychiatry*.v.158, n.6, p.892- 898. 2001.
- WAYNE A.R. et al. Psichotropic drugs and the risk of hip fracture. *The new England Journal of Medicine*. v.316, n. 17. p. 363-369. 2010.

## 12. APÊNDICES

### 12.1 APÊNDICE A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos, me disponho a participar da Pesquisa **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RAIMUNDO CARNEIRO- CAMPINA GRANDE-PB.**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RAIMUNDO CARNEIRO- CAMPINA GRANDE-PB”** terá como objetivo geral identificar o perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos da Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro com vistas à reflexão sobre os principais motivos e real necessidade de tal prescrição, visando sempre a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

- Ao voluntário caberá à autorização para aplicação de questionário estruturado e não haverá nenhum risco ou desconforto, pois, ao assinar esse Termo, o voluntário concorda em participar das estratégias metodológicas do projeto.

- Aos pesquisadores caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma clara e coerente com este parecer ora proposto, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Ao divulgar os resultados do estudo, será garantido o sigilo a identidade dos que participarem, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no Endereço: Rua Juvêncio Arruda S/N, Campus Universitário, Bodocongó, CEP: 58.429-600. Telefone: (083) 2101 – 1421, na pessoa de Edmundo de Oliveira Gaudêncio ou O CEP/ HUAC/ UFCG tem sede e funciona na Rua Dr. Carlos Chagas, s/ nº, edifício do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em ambiente designado e identificado para este fim, no Bairro São José, cidade de Campina Grande – PB, CEP: 58401 - 490, Telefone: (83) 2101 - 5545, email:cep@huac.ufcg.edu.br.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

Assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa

---

Assinatura do Participante

Data:

Assinatura Dactiloscópica  
Participante da pesquisa

## 12.2 APÊNDICE B

### QUESTIONÁRIO

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>			
<b>SEXO</b>	M ( ) F ( )	<b>RAÇA</b>	Negro ( ) Pardo ( ) Branco ( ) Amarelo ( ) Indígena ( )
<b>IDADE</b>	Adulto jovem 18-30 anos ( )	Adulto 31-45 anos ( )	Adulto 46-60 anos ( ) Idoso >60 anos ( )
<b>ESCOLARIDADE</b>	Analfabeto ( ) Ensino fundamental: incompleto ( ) completo ( ) Ensino médio: incompleto ( ) completo ( ) Ensino superior: incompleto ( ) completo ( )		
<b>OCUPAÇÃO</b>			
<b>RENDA</b>	Abaixo de 1 salário mínimo ( )	Entre 1 e 3 salários mínimos ( )	Entre 3 e 5 salários mínimos ( ) Acima de 5 salários mínimos ( )
<b>ESTADO CIVIL</b>	Solteiro ( ) União estável ( ) Casado ( ) Viúvo ( )		
<b>COMORBIDADES</b>	HAS ( ) DAC ( ) DM ( ) Dislipidemia ( ) Câncer ( ) Neuropsíquicas ( ) AVE ( ) DPOC ( ) Outras ( )		
<b>MEDICAÇÕES QUE FAZ USO CONTÍNUO</b>	Anti-HAS ( ) Hipoglicemiantes orais ( ) Insulina ( ) Anti-dislipidemicos ( ) Corticóides ( ) Antidepressivos ( ) Outros ( )		
<b>SOBRE O USO DO BZD</b>	Qual utilizado	Diazepan ( ) Clonazepan ( ) Outro ( )	
	Frequência de uso	1x/dia ( ) 2x/dia ( ) 3x ou mais/dia ( ) Irregular ( )	
	Há quanto tempo utiliza?	Até 6 meses ( ) 6 meses a 2 anos ( ) 3 a 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) Mais de 10 anos ( )	



**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RAIMUNDO CARNEIRO - CAMPINA GRANDE-PB.**

**EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF BENZODIAPINES USERS OF RAIMUNDO CARNEIRO HEALTH UNIT OF FAMILY- CAMPINA GRANDE-PB.**

JULIANA CAVALCANTI RESENDE<sup>1</sup>, INGRID MENEZES ALBUQUERQUE<sup>1</sup>, CRISTIANE FALCÃO DE ALMEIDA<sup>2</sup>, EDMUNDO DE OLIVEIRA GAUDÊNCIO<sup>3</sup>.

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Os benzodiazepínicos agem em situações de ansiedade, insônia e epilepsia. Atualmente são umas das medicações mais utilizadas no Brasil, não só pela relativa segurança de uso como também pela prescrição nem sempre tão criteriosa dos profissionais de saúde. Tal fato coloca em dúvida a real necessidade e indicação em relação ao uso desse medicamento. Objetiva-se com este estudo a identificação do perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos (BDZ) da Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, situada no bairro do Pedregal em Campina Grande-PB, refletindo sobre motivos do uso na unidade. **MÉTODOS:** O Estudo realizado foi descritivo quantitativo e ocorreu de junho a julho de 2017. A coleta de dados foi realizada através de questionário previamente estruturado que versa sobre a utilização dos BDZ, com ênfase no Clonazepam e Diazepam, por esta população. Os dados foram digitados em planilhas eletrônicas e submetidos a tratamento estatístico utilizando o software SPSS 17.0 para Windows. **RESULTADOS:** Mulher entre 46 e 60 anos, “do lar”, solteira, com comorbidades, com baixa escolaridade, com baixa renda e com enorme facilidade de conseguir a receita é o perfil do paciente que mais utiliza BDZ na comunidade em estudo, sendo o uso por mais de 10 anos extremamente comum. O motivo principal do uso é a insônia, o qual não justifica o uso prolongado. **CONCLUSÃO:** Para que ocorra

uma atenção integral ao usuário é essencial um planejamento multidisciplinar a fim de evitar o cuidado apenas voltado à medicalização e aprimorar a humanização e a clínica ampliada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Benzodiazepínicos, Centros de saúde, Perfil de saúde.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Benzodiazepines act in situations of anxiety, insomnia and epilepsy. They are currently one of the most used medications in Brazil, not only for the relative safety of use but also for the not so carefully prescribed prescription of health professionals. This fact puts in doubt the real necessity and indication regarding the use of this medicine. The purpose of this study was to identify the epidemiological profile of benzodiazepine users (BDZ) of the Raimundo Carneiro Basic Health Unit, located in the Pedregal neighborhood of Campina Grande, PB, reflecting on the reasons for its use in the unit.

**METHODS:** The study was quantitative descriptive and occurred from June to July 2017. The data collection was performed through a previously structured questionnaire that deals with the use of BDZ, with emphasis on Clonazepam and Diazepam, by this population. The data were entered into spreadsheets, and subjected to statistical treatment using SPSS 17.0 software for Windows.

**RESULTS:** A woman between the ages of 46 and 60 years old, single, with comorbidities, with low educational level, with low income and with great ease of obtaining the income is the profile of the patient who most uses BDZ in the study community, being the use for more than 10 years extremely common. The main reason for use is insomnia, which does not justify prolonged use.

**CONCLUSIONS:** In order for integral attention to be given to the user, a

multidisciplinary planning is essential in order to avoid the care focused only on medicalization and to improve the humanization and the extended clinic.

**KEY WORDS:** Benzodiazepines, Health centers, Health profile.

<sup>1</sup>Discente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande (PB), Brasil.

<sup>2</sup>Especialista em Saúde Pública, em Farmacologia Clínica e em Saúde das Famílias e das comunidades. Médica do Programa Mais Médicos da Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro. Campina Grande(PB), Brasil.

<sup>3</sup> Doutor em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Mestre em Sociologia pela UFPB, Professor adjunto IV Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande (PB), Brasil.

Trabalho realizado na Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, associada ao Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC)- Campina Grande (PB), Brasil.

Endereço para correspondência: Juliana Cavalcanti Resende, Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, Rua Reginaldo Cavalcante s/n- Pedregal- CEP: 58428-315. Campina Grande (PB). Brasil. E-mail: julianacavalcantir@gmail.com.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

## **INTRODUÇÃO**

Os benzodiazepínicos (BDZ) constituem o grupo de psicotrópicos mais comumente utilizados na prática clínica devido as suas ações ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes e relaxantes musculares<sup>1</sup>. Em geral, agem principalmente nos transtornos de ansiedade, insônia e epilepsia. Esses medicamentos são os principais em termos de utilização no Brasil, colocando o país como um dos países que mais os consomem<sup>2,3</sup>.

Dessa forma, a prescrição pouco criteriosa desses medicamentos, principalmente do Diazepam e Clonazepam, vem sendo uma realidade, inclusive na atenção primária. Um dos principais motivos são consultas cada vez mais curtas devido ao grande volume de pacientes nos serviços públicos de saúde, o que faz com que o médico se torne um simples repetidor de prescrição de receitas.<sup>4</sup> Outro fator preocupante em relação aos BDZ é a capacidade de gerar tolerância e dependência, as quais podem ser perpetuadas por fatores como o aumento da dose pelo próprio paciente e a necessidade psicológica da droga<sup>3,4</sup>.

A automedicação tornou-se uma habilidade para satisfazer as próprias necessidades de saúde, realizando-se através do compartilhamento das medicações com os membros da família e com o círculo social, e ainda, utilizando remédios que sobraram de outras prescrições<sup>5</sup>. Além disso, a falta de informações sobre as consequências do uso indiscriminado gera automedicação mediada por receitas adquiridas por vias ilegais. Tal realidade representa um risco para a saúde<sup>6</sup>.

O uso de BDZ por pacientes que apresentam comorbidades, como diabetes e hipertensão, gera a preocupação com as consequências da polifarmácia, principalmente entre os idosos. Nesse grupo o efeito depressor do sistema nervoso central ocasionado pelo BDZ pode entrar em sinergismo com outro medicamento utilizado, aumentando o risco de quedas<sup>7</sup>.

Por essas inúmeras implicações, faz-se necessário o conhecimento sobre a população usuária de psicotrópicos a fim de traçar a melhor e mais segura estratégia de acompanhamento. Este estudo objetiva identificar o perfil

epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos da Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro em Campina Grande-PB.

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo descritivo para avaliação do perfil epidemiológico de usuários de benzodiazepínicos por usuários de um serviço de atenção básica de saúde da cidade de Campina Grande/PB. Foi realizado por meio de aplicação de questionário semiestruturado no período de junho a julho. A amostra intencional foi constituída de 79 usuários. Foram incluídos neste estudo homens e mulheres com 18 anos ou mais que fizessem uso de benzodiazepínicos, tornando a amostra real de 50 usuários. Os 29 usuários não entrevistados não foram encontrados por motivos variáveis como mudança de endereço, morte ou incapacidade de comparecer a UBSF.

A Unidade Básica de Saúde da Família Raimundo Carneiro situa-se no Distrito II, no Bairro do Pedregal, na zona Oeste da Cidade, originalmente concebida como uma invasão (favela). O Pedregal dispõe de saneamento básico, ruas com pavimentação em sua maioria, mas é uma área de fragilidade social e de segurança. Há facções criminais rivais na região tornando-a conflituosa em alguns momentos.

Há 2 equipes de Saúde da Família (I e II), tendo a equipe II profissional médico do Programa Mais Médicos, e apesar da diferenciação burocrática, há uma grande interação entre as duas equipes. A equipe II conta com seis microáreas, no entanto, uma delas não dispõe de Agente Comunitário de Saúde (ACS) há vários anos, situação já questionada junto à Secretaria

Municipal de Saúde (SMS) e que dificulta, sobremaneira, o trabalho na área. De acordo com os últimos dados do Consolidado disponibilizados pela SMS, a área atende pouco mais de 2000 indivíduos.

Para seleção dos usuários que faziam uso de benzodiazepínicos foi utilizada uma lista pré-estruturada pela médica da UBSF.

As variáveis do presente estudo foram socioeconômico-demográficas (sexo, raça, faixa etária, escolaridade, ocupação, renda e estado civil); comorbidades; medicações de uso contínuo e situação de uso de benzodiazepínico (tipo, frequência, tempo de uso, motivo, primeiro fornecedor, diagnóstico médico, tentativa de interrupção, desmame orientado, sintomas de abstinência, quem o prescreve atualmente, facilidade de conseguir a receita e efeitos adversos).

A coleta de dados foi realizada através de questionário constituído por uma série ordenada de perguntas dicotômicas e de múltipla escolha (Apêndice B), as quais abordaram dados pessoais, que permitiram construir o perfil epidemiológico desses usuários, e dados relativos ao consumo de benzodiazepínicos como, por exemplo, tempo de uso e motivação para seu uso.

Tal questionário foi aplicado no próprio serviço mediante contato prévio pelos ACSs e com auxílio da médica responsável pela UBSF aos pacientes usuários de benzodiazepínicos vinculados a equipe II da Unidade de Saúde, assim como aqueles pacientes usuários que se apresentaram às consultas.

Os critérios de inclusão foram: utilização atual de BZD, idade superior ou igual a 18 anos, concordar em participar do estudo e assinar o Termo de

Compromisso Livre e Esclarecido. Os usuários que não fizeram parte dos critérios de inclusão foram excluídos do estudo.

Para construção do banco de dados foi utilizado o programa Microsoft Office Excel. As análises estatísticas foram obtidas por meio do programa estatístico SPSS 17.0. Os dados foram categorizados em variáveis socioeconômico-demográficas, comorbidades, medicações de uso contínuo e situação de uso de benzodiazepínico. A análise foi realizada por meio da estatística descritiva. Para as variáveis socioeconômico-demográficas foi realizado tabulação cruzada através do sexo.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande. Todos os procedimentos realizados encontram-se em concordância com a resolução 499/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos. Todos os participantes convidados a participar do estudo foram informados a respeito da pesquisa e, aqueles que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

## **RESULTADOS**

Pouco mais de sessenta por cento (63,2%) dos usuários de BDZ da equipe 2 da Unidade de Saúde foram entrevistados. Dentre esses, o sexo feminino foi predominante, com 72%.

Em ambos os sexos, observa-se um predomínio de usuários pardos, solteiros, com ensino fundamental incompleto e renda menor que um salário

mínimo. A divergência entre os sexos ocorre apenas na faixa etária, na qual o predomínio no sexo masculino é de usuários acima de 60 anos e no sexo feminino de 46-60 anos (Tabela 1).

Quando questionados acerca da ocupação atual verifica-se um predomínio em usuários “do lar”, o que é impelido também pelo maior número de usuárias no estudo. Outra informação que ganha destaque nesse questionamento é que em segundo lugar estão os aposentados (22,2%) seja por tempo de serviço ou idade avançada, seja por aposentadoria por invalidez. Foram citadas ainda as seguintes ocupações: desempregado (18%), autônomo (14%), estudante (4%) e demais ocupações totalizando 6% (Figura 1).

Dos dados levantados, 50% dos usuários apresentam uma comorbidade associada, sendo muito citada a Hipertensão Arterial Sistêmica, o que corrobora ainda mais com a possibilidade da polifarmácia. Dezoito por cento dos usuários entrevistados apresentam duas comorbidades e 20% deles apresentam três ou mais. Apenas seis usuários referiram não apresentar patologias associadas. Dentre as comorbidades mais citadas estão HAS, como já citada, e em 40% dos usuários, as Desordens Neuropsíquicas.

Após a avaliação de um perfil básico desses pacientes, foi proposta a análise específica sobre o uso dos Benzodiazepínicos. Em relação aos tipos de BZDs utilizados, constatou-se que o Diazepam foi predominante (52%), seguido do uso do Clonazepam (36%). Além disso, observou-se que a maior parte dos usuários utilizam a medicação apenas uma vez ao dia (56%), mas com um tempo longo de utilização (mais de 10 anos para a maioria). Apesar do consumo por tempo prolongado, os usuários sabem identificar o motivo do uso dessas medicações e auto referem à insônia como o mais prevalente (46%),

seguido de depressão em 38% desses. A ansiedade e outros motivos foram citados por 10% e 4% dos pacientes, respectivamente (Tabela 2).

Em relação a prescrição dessas medicações, observou-se que apesar da cultura da automedicação, a maioria dos pacientes apresentava como primeiro fornecedor dos benzodiazepínicos o médico especialista (60%) e, dentre esses, há o predomínio de Psiquiatras (83%), já que muitos dos pacientes referem ser acompanhados também no CAPS. O médico da UBSF responde por 32% dessas prescrições iniciais. Em 24% das vezes a prescrição permanece sendo feita pelo médico especialista, com predomínio dos Psiquiatras. Apenas uma usuária referiu fazer uso constante da medicação fornecida pela vizinha, sem qualquer orientação médica (Tabela 2)

Ainda, 50% dos pacientes já tentaram cessar o uso, mas sem sucesso. Esse insucesso está ligado muitas vezes ao desmame por conta própria, sem orientações de uma equipe de saúde, fato que ocorre em 84% dos pacientes que interromperam o uso. Os sintomas de abstinência correram em 92% dos pacientes, dificultando o desmame apropriado. Dentre os entrevistados, 92% referiu facilidade em conseguir a receita, tanto na UBSF quanto no CAPS (Tabela 3).

Apesar da necessidade que esses pacientes geram em relação à medicação, alguns efeitos adversos associados aos benzodiazepínicos, sendo o mais prevalente deles a sonolência, estimulam as tentativas de interrupção (Figura 2).

## **DISCUSSÃO**

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), surge no Brasil como uma estratégia para reorganizar a atenção à saúde em novas bases e substituir os modelos tradicionais<sup>8</sup>.

A equipe de saúde com a qual este trabalho foi desenvolvido busca implementar práticas de assistência à saúde mental na unidade. O presente estudo, portanto, ajuda a conhecer melhor uma parte da população que necessita de acompanhamento mental, visando implementar estratégias eficazes para melhor assisti-la.

Apesar do empenho em melhorar a qualidade de vida dos pacientes atendidos na UBSF Raimundo Carneiro, muitos entraves ainda estão presentes em relação a este objetivo. Um deles e, atualmente, um dos mais limitantes, é a dificuldade de acesso aos pacientes, que por habitarem uma área de potencial risco de violência, reduz o número de atendimentos domiciliares. Este fato impossibilitou a visita às residências para aplicação dos questionários a usuários acamados ou com impossibilidade de acesso à Unidade. Dessa forma, as buscas ativas foram desencorajadas pela equipe atuante na área, visando a segurança dos autores do trabalho. Assim, a coleta se restringiu a usuários que se apresentaram na Unidade.

Esses foram convocados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou apareceram por livre demanda. Apesar das limitações, os resultados trazem aspectos relevantes para a prática dos profissionais de saúde, ao estabelecer a dimensão do uso dos BDZs na atenção primária à saúde nesta Unidade.

A predominância dos entrevistados do sexo feminino está em consonância com vários estudos<sup>9,10,11,8</sup>. Alguns fatos podem justificar essa realidade: a maior preocupação das mulheres com a própria saúde e conseqüentemente à busca por serviços de saúde, ao maior número de casos de ansiedade e depressão, a motivação enganosa das propagandas de medicamentos que utilizam prioritariamente as figuras femininas, a condição de gênero feminino e até mesmo questões socioculturais<sup>12, 8</sup>.

Por ser um estudo realizado no Nordeste, e no Brasil, há uma certa dificuldade em relação a autodesignação da raça, pela própria miscigenação, existindo um predomínio da raça parda entre os usuários de benzodiazepínicos do estudo em ambos os sexos.

Seguindo a abordagem do perfil social, a maior prevalência de usuários entre 46 e 60 anos corrobora o estudo de Firmino e colaboradores, o qual evidenciou uma maior porcentagem de pacientes com idade entre 16 e 60 anos, com média de 49,7 anos, seguida de usuários com mais de 60 anos<sup>13</sup>. Nordon (2009) também afirma que no sexo feminino a maior prevalência de usuárias se dá entre os 50 e 69 anos em comparação a mulheres jovens, fato que concorda com nosso estudo<sup>4</sup>.

A maior presença de pacientes do sexo masculino com mais de 60 anos denota que o envelhecimento tem um impacto no uso de psicotrópicos.

Nos últimos anos, a utilização dessas drogas em idosos aumentou expressivamente em decorrência da ampliação das indicações terapêuticas dessa classe, do lançamento de agentes com menor perfil de toxicidade e do reconhecimento de que determinados quadros clínicos, prevalentes nessa faixa etária, podem ser tratados com esses medicamentos. Todavia, o uso de

psicotrópicos pode estar relacionada a eventos adversos que causam impacto no perfil de morbimortalidade nesse grupo de indivíduos<sup>14</sup>.

Independentemente da classe de psicofármacos, a maioria dos autores enumera algumas regras básicas para prescrição para idosos: preferir, sempre que possível, a monoterapia. O idoso, com frequência, se encontra em uso de outros medicamentos, como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e outros, sendo altamente susceptíveis às interações medicamentosas; sempre iniciar o tratamento com a menor dose possível, que deverá ser elevada paulatinamente, com base na resposta terapêutica e na tolerabilidade. Em função das alterações farmacocinéticas citadas, o idoso apresenta maior susceptibilidade a efeitos colaterais e boa resposta às doses baixas de medicamentos<sup>15</sup>.

Especificamente quanto aos benzodiazepínicos, há a tendência de evitar em idoso, pelo prejuízo cognitivo, risco de quedas e efeito paradoxal, e pelo potencial de dependência associados<sup>15,16</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a frequência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) cresce com o aumento da idade<sup>2</sup>. Tal fato, considerando que quanto maior a idade, maior a chance de comorbidades associadas, reforça a possibilidade do uso da polifarmácia e, portanto, sujeição ao risco de tal conduta. Como a maior parte dos usuários do presente estudo apresenta uma faixa etária entre 46 e 60 anos, verificou-se a associação entre a HAS e a polifarmácia, aumentando ainda mais os riscos para essa população. Apenas 12% dos usuários não apresentam outras comorbidades. Outro estudo também observou a presença de HAS em 25% das pacientes usuárias de BDZ<sup>9</sup>.

A presença de um maior percentual de usuários solteiros (44%) contrapõe-se aos dados encontrados na literatura, onde a maior prevalência está entre as pessoas casadas<sup>17, 3</sup>.

Abordando ainda o perfil social dos usuários, quanto ao impacto do nível de escolaridade no uso de BDZ, existe uma associação significativa entre analfabetismo e uso crônico de benzodiazepínicos e outros psicofármacos. Isto porque a escolaridade está interligada a menores chances de ascensão social e profissional e, portanto, menores salários, o que contribui para o aumento da chance de desenvolver algum transtorno e de necessitar fazer o uso de psicofármacos<sup>4</sup>.

Este é um dado preocupante, pois pessoas mais carentes de informações e com menor poder aquisitivo tornam-se mais vulneráveis ao uso dessas medicações para resolver desordens psicossociais<sup>4</sup>. Este estudo corrobora com essa realidade ao apontar que a grande maioria dos usuários de BDZ na localidade estudada referiu ter o ensino fundamental incompleto (60%) ou ser analfabeto (30%), especialmente entre as mulheres. Observa-se a mesma associação em um estudo realizado por Nordon (2009), o qual evidenciou que, entre as usuárias de benzodiazepínicos de uma Unidade Básica de Ribeirão Preto, 28,6% eram analfabetas e 14,4% possuíam o ensino fundamental incompleto<sup>4</sup>.

A ocupação como "do lar" também foi predominante em um estudo realizado com 210 usuários de benzodiazepínicos adultos, contando com 45,2% de pessoas que se denominavam-se "do Lar" ou domésticas (47,6%) seguida por aposentados (45,2%)<sup>3</sup>.

Após uma observação detalhada do perfil social desses usuários, é importante perceber as características específicas em relação à utilização desses psicotrópicos. O uso prolongado de benzodiazepínicos verificado no estudo, com destaque para Diazepam e Clonazepam, é preocupante. Alguns autores também evidenciaram um predomínio na prescrição do Diazepam. No entanto, utilizar de forma crônica essa classe de medicamentos pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência<sup>10,13,17</sup>.

Ao observar a frequência na qual os pacientes fazem uso, o estudo de Ribeiro e colaboradores apresentou a mesma posologia, qual seja, apenas 1 vez ao dia. O uso por mais de três vezes ao dia, visto apenas em 6% dos usuários, pode estar associado não só ao receio do excesso de medicação ingerida, como também ao surgimento dos efeitos adversos<sup>18</sup>.

Embora a literatura preconize que os BDZs devem ser utilizados por um curto período de tempo, o que observamos é a continuidade do uso que vai além de uma indicação clínica bem definida e por um tempo de tratamento indeterminado. Assim como no presente estudo, Ribeiro e colaboradores em 2007, observaram um tempo de consumo prolongado do Diazepam (aproximadamente 10 anos) nas pacientes entrevistadas. Portanto, surge a necessidade de racionalizar o uso excessivo destes medicamentos que vem se transformando em um problema de saúde pública<sup>18</sup>. A utilização deles deve ser norteada pela administração das menores doses terapêuticas e pelo menor período de tempo possível, devido aos riscos de dependência e abuso e de inúmeros efeitos adversos<sup>10</sup>.

Dentre os efeitos adversos relacionados aos BDZs, estão o prejuízo de memória e do desempenho psicomotor, além da dependência fisiológica, comportamental e psicológica<sup>19, 10</sup>.

O Clonazepam e o Diazepam, os BDZs mais utilizados pela população estudada, são classificados de acordo com sua meia-vida plasmática como de ação intermediária. Esse fato, associado a lentificação do desempenho relacionado a esse medicamento, pode justificar o achado no presente estudo de sonolência como o efeito adverso mais comum.

Deve-se ressaltar que a sonolência como efeito adverso mais comum dos BDZs, na população estudada, pode ser questionada, uma vez que boa parte dessa população utiliza outras medicações psicotrópicas em concomitância com os BDZs, as quais também poderiam justificar essa sonolência.

Vários estudos epidemiológicos mostraram que mais de 60% da população em geral apresenta sintomas de insônia e que 9% a 21% dos indivíduos investigados referem um transtorno de insônia com consequências graves no dia-a-dia. A prevalência das queixas de insônia aumenta com a idade e é maior entre mulheres, divorciados, viúvos e indivíduos com baixo nível socioeconômico e educacional<sup>20, 21</sup>.

A insônia é o principal motivo que leva a população ao uso dos benzodiazepínicos e esta não é uma indicação para o uso prolongado<sup>21</sup>. Neste estudo, a maior razão para a prescrição dos BDZs são os casos de insônia que atingem 46% dos usuários, seguida de depressão. Entre os usuários que justificaram a insônia como o motivo do uso, verifica-se que a maioria acredita que esses medicamentos são a única solução para seu problema. As medidas

não farmacológicas para o tratamento da insônia não são realizadas<sup>10</sup>. Já Ribeiro e colaboradores (2007) apresentam o nervosismo como justificativa principal. A insônia veio em segundo lugar. No entanto, a mesma torna-se predominante quando os usuários são questionados em relação ao motivo de manutenção da prescrição<sup>18</sup>.

As medidas não farmacológicas (comportamentais e cognitivas) têm como objetivo principal reduzir e/ou modificar fatores que interferem negativamente no sono, incluindo hábitos mal adaptativos, hiperestimulação cognitiva ou fisiológica e crenças disfuncionais. As intervenções utilizadas são: higiene do sono, terapia de controle de estímulos, terapia de restrição de sono, de relaxamento e *biofeedback*<sup>21</sup>. A higiene do sono objetiva evitar comportamentos e/ou aliviar condições incompatíveis com o sono reparador e estabelecer um hábito regular de sono. Entre as medidas necessárias para higiene do sono, podemos citar: dormir o quanto for necessário para estar descansado; não forçar o sono; o ambiente deve ser silencioso, escuro e com temperatura agradável, dentre outras. Infelizmente a realidade mostra que tais medidas são pouco realizadas<sup>22</sup>.

Ao contrário do evidenciado no contato com os usuários da área estudada, as medidas farmacológicas para o tratamento da insônia devem ser buscadas quando o paciente não responde às medidas não farmacológicas. Os benzodiazepínicos são a primeira escolha para o tratamento, em curto prazo, da insônia primária (insônia que não ocorre durante o curso de outro transtorno do sono ou mental, nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral<sup>23</sup>).

Os BDZs foram desenvolvidos para apresentar menos efeitos colaterais e reduzir a dependência quando comparados a outros psicotrópicos<sup>12</sup>. No entanto, nos entrevistados, observou-se que, além da resistência em interromper a medicação pelo receio do retorno dos sintomas, os usuários apresentaram sintomas de abstinência nessas tentativas. Ainda assim, a metade da população estudada referiu ter tentado cessar o uso sem sucesso. Tal fato deve-se às tentativas de desmame sem orientação a qual ocorreu em 84% dessa população.

Para o desmame orientado, a dosagem de BDZs deve ser reduzida gradualmente. A retirada abrupta, especialmente de altas doses da medicação, pode precipitar convulsões, estados psicóticos agudos e outras reações graves<sup>24,25</sup>. O recomendado nesses casos é a retirada gradual, de um oitavo a um décimo da dose diária a cada 1 ou 2 semanas<sup>24</sup>.

Pacientes dependentes de BDZs são um desafio para a equipe de saúde da família. O médico da UBSF é hoje o principal prescritor desses medicamentos<sup>10</sup>, dado que vai ao encontro do que encontramos na pesquisa: apesar do primeiro prescritor, em geral, ser o médico especialista, a maior parte da prescrição dos usuários é mantida pela médica da Unidade Básica. Da mesma forma que no estudo de Souza, os entrevistados referem ser fácil conseguir a receita<sup>1</sup>.

Estudos mostram que a desinformação dos médicos em geral sobre os possíveis efeitos adversos dos BDZs e a tendência a medicalização excessiva do paciente são os principais motivos para a realidade encontrada<sup>10,12</sup>.

Apesar dos motivos supracitados serem os mais comuns, na equipe de saúde da família onde foram aplicados os questionários, verifica-se que tais

motivos não se aplicam. Apesar dos esforços da médica em atrelar a prescrição a uma consulta e, por conseguinte, de tentar iniciar desmames, a resistência dos usuários em deixar de utilizar tal medicamento é muito grande. Muitos são resistentes inclusive a passar por consulta médica, referindo que querem apenas a receita.

Toda a discussão levantada no presente artigo nos remete ao fenômeno da medicalização: troca de carinho e atenção por remédios e tratamentos. Esse é um processo que transforma em distúrbios a serem tratados com terapias e medicamentos questões inerentes à vida social, como emoções, sentimentos e comportamentos que não são aceitos socialmente. Ou seja, comportamentos diferentes do padrão imposto pela sociedade acabam transformados indiscriminadamente em doença passível de medicação e de acompanhamento excessivo com psicólogos, fonoaudiólogos e outros profissionais. "Esse fenômeno social é importante porque atinge a sociedade como um todo, de maneira contundente. Leva ao uso excessivo de remédios e terapias, transforma sofrimentos e dificuldades em doenças e a vida das pessoas em produtos; é uma máquina de consumo, de controle", palavras do presidente do Sindicato dos Psicólogos de São Paulo, Rogério Giannini<sup>26</sup>.

Buscar modificar essa realidade de prescrição exagerada de BDZs é essencial. Para que isso aconteça no âmbito da Medicina de Família e Comunidade, faz-se necessária ação integrada da equipe de saúde da família e educação continuada para os profissionais que constituem tal equipe no sentido de estimular a reflexão sobre os riscos da manutenção desse quadro. Modificar essa realidade é um grande desafio, mas ele precisa ser enfrentado.

## **CONCLUSÃO**

As equipes de saúde da família geralmente restringem o atendimento aos pacientes com sofrimento psíquico ao ato prescritivo de psicotrópicos. Dessa forma, o trabalho deixa de ser articulado e ampliado para ser fragmentado e sem significado nenhum para o processo de tratamento do usuário com sofrimento psíquico, mas conduz para uma distribuição elevada e uso abusivo de psicotrópicos, sem realizar uma avaliação sistemática que vise a real necessidade do uso dessa droga.

Nota-se que a utilização de medicamento é a principal prática terapêutica na rede pública e na atenção básica, se afirmando como o único recurso disponível aqueles que necessitam desse tipo de cuidado. A atualização do perfil de saúde mental de uma comunidade e ou distrito deveria ser de preferência uma atividade contínua ou pelo menos anual dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica, pois os dados quando capazes de gerar informações tornam-se ferramentas importante para caracterizar problemas e propor possíveis soluções.

## ILUSTRAÇÕES

	VARIÁVEIS	% Masculino	% Feminino
Raça (auto-referida)	Negros	0	28
	Pardos	<b>76,6</b>	<b>80,6</b>
	Branços	21,4	11,1
Faixa etária	18- 30 anos	14,3	5,6
	31-45 anos	28,6	30,6
	46-60 anos	21,4	<b>50</b>
	Mais de 60 anos	<b>35,7</b>	13,9

Estado civil	Solteiro	<b>50</b>	<b>41,7</b>
	União Estável	0	8,3
	Casado	42,9	22,2
	Viúvo	7,1	11,1
	Divorciado	0	16,7
Escolaridade	Analfabeto	21,4	33,3
	Ensino fundamental incompleto	<b>64,3</b>	<b>58,3</b>
	Ensino fundamental completo	7,1	0
	Ensino médio incompleto	7,1	2,8
	Ensino médio completo	0	2,8
	Ensino superior incompleto	0	2,8
Renda	Abaixo de 1 salário mínimo	<b>64,3</b>	<b>63,9</b>
	Entre 1-3 salários mínimos.	35,7	36,1

Tabela 01: Perfil social e econômico dos usuários de Benzodiazepínicos da Unidade Básica Raimundo Carneiro.

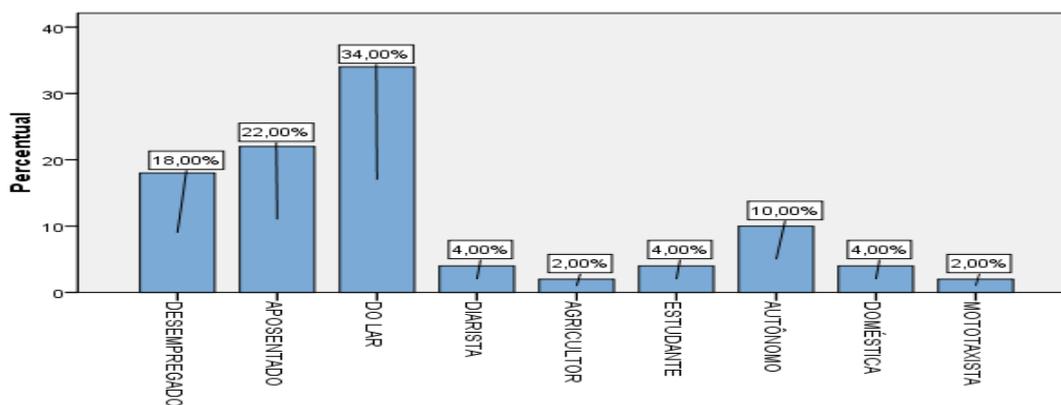


Figura 1: Ocupação dos usuários de BZD da equipe 2 da UBSF Raimundo Carneiro.

Variáveis		%
Benzodiazepínico	Diazepam	<b>52</b>
	Clonazepam	36
	Outros	12
Frequência de uso	1x ao dia	<b>56</b>
	2x ao dia	32
	3x ou mais ao dia	6
	Irregular	6
Tempo de utilização	Até 6 meses	4
	6 meses a 2 anos	12
	2 a 5 anos	12
	5-10 anos	16
	Mais de 10 anos	<b>56</b>
Motivo de uso (auto referido)	Insônia	<b>46</b>
	Depressão	38
	Ansiedade	10
	Outros	6
Primeiro fornecedor	Médico da UBSF	32
	Médico especialista	<b>60</b>
	Outro profissional de saúde	4
	Leigo	4

Manutenção do fornecimento	Médico da UBSF	<b>72</b>
	Médico especialista	24
	Outro profissional de saúde	0
	Leigo	2

Tabela 2: Perfil de utilização dos BDZ pelos usuários da UBSF Raimundo Carneiro.

Variáveis		%
Desmame orientado	Sim	16
	Não	84
Sintomas de abstinência	Sim	92
	Não	8
Facilidade de renovação da receita	Sim	92
	Não	8

Tabela 3: Considerações sobre a utilização dos Benzodiazepínicos por usuários da UBSF Raimundo Carneiro.

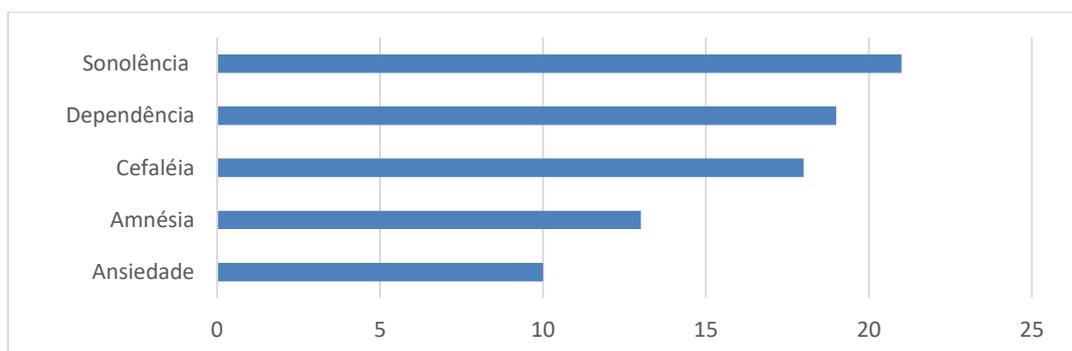


Figura 2: Efeitos adversos mais citados pelos usuários de BZD da Equipe 2 da UBSF Raimundo Carneiro.

## REFERÊNCIAS

1. SOUZA, A. R., OPALEYE, E. S., NOTO, A. R. Contextos e u padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.4, p.1131-1140. 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., Brasília. (2013)
3. NALOTO, D. C. et al. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n. 4, p. 1267-1276. 2016.
4. NORDON, D. G., AKAMINE, K., NOVO, N. F., & HÜBNER, C. V. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Rev Psiquiatr RS.*, v. 31, n.3, p.152-158. 2009.
5. PAREDES, N. P., MIASSO, A. I., & TIRAPELLI, C. R. Consumo de Benzodiazepinos sem prescrição médica entre estudantes do primeiro ano da escola de enfermagem da Universidade de Guayaquil, Equador. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.16 (especial). 2008.
6. PETITJEAN. Benzodiazepine prescribing to the Swiss adult population: results from a national survey of community pharmacies. *Int.Clin Psychopharmacol*, v.22, n.5, p.292-298. 2007.

7. LOTUFO, P. Benzodiazepínicos e relaxantes musculares: fatores de risco para fraturas em idosos. *Diagn Tratamento*, v.14, n.1, p.45-46. 2009.
8. SILVA, V.P. et al. Perfil epidemiológico dos usuários de Benzodiazepínicos na Atenção Primária à saúde. *R.Enferm Cent.O. Min.* v.5, n.1, p.1393-1400. 2015.
9. ALVARENGA, J. M. A population based study on health conditions associated with the use of benzodiazepines. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.3, p. 605-612. 2009.
10. XAVIER, I de R., Disponível em:  
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>>  
Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos. Acesso em: 10 de Agosto de 2017.
11. NETTO, M. U. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, v. 33, n.1, p. 77-81. 2012.
12. AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p.733-738. 2008.
13. FIRMINO, K. F. et al. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, p.157-166. 2012.
14. NOIA, A.P Fatores associados ao uso de psicotrópicos em idosos no município de São Paulo: estudo SABE. Disponível em:  
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-23122010-085241/pt-br.php>> Acesso em 10 de Agosto de 2017.
15. WANG P.S., et al. Hazardous Benzodiazepine Regimens in the Elderly: Effects of Half- Life, Dosage, and Duration on Risk of Hip Fracture. *Am J Psychiatry*.v.158, n.6, p.892- 898. 2001.
16. SANCHES,M., FREIRIAS,A., MENON,M.A.,& CUSTÓDIO,O. Uso de psicofármacos em pacientes idosos. Disponível em:  
<[http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2\\_04.htm](http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2_04.htm)>. Acesso em 22 de julho de 2017.
17. BORGES, T.L. et al. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm*, v. 28, n.4, p.344-349. 2015.
18. RIBEIRO, C. S. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers:user profile and usage pattern. *Sao Paulo Med J.* , v.125, n.5, p.270-274. 2007.

19. 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.
20. JINDAL, R. D., BUYSSE D.J., THASSE, M.E. Maintenance Treatment of Insomnia: What Can We Learn From the Depression Literature? *Am J Psychiatry*, v. 161, n.1, p.19-24. 2004.
21. BERLIM M.T, LOBATO, M. I., MANFRO, G.G. (2005). Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia. *Psicofármacos: Consulta Rápida* (pp. 385- 401). Porto Alegre: Artmed.
22. BONNET, M. H. ARAND D.L. Treatment of insomnia in adults. Disponível em: <<http://www.uptodate.com>> Acesso no dia 28 de agosto de 2017.
23. POYARES, D, et al. Sleep promoters and insomnia. *Rev Bras Psiquiatr.* v.27(Supl I), p. 2-7. 2005.
24. ASHTON, H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry*, v.18, p. 249-255. 2005.
25. LADER, M. TYLEE, A., DONOGHUE, J. Withdrawing Benzodiazepines in Primary Care. *CNS Drugs*, v. 23, n. 1, p.19-34. 2009.
26. OLIVEIRA, C. Medicalização: troca de carinho e atenção por remédios e tratamentos. Disponível em: < <http://www.redebrasilatual.com.br/educacao/2013/07/medicalizacao-da-sociedade-e-da-educacao-e-tema-de-seminario-internacional-em-sao-paulo-7474.html>. Acesso em 10 de Agosto de 2017.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos, me disponho a participar da Pesquisa “**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RAIMUNDO CARNEIRO- CAMPINA GRANDE-PB.**”

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RAIMUNDO CARNEIRO- CAMPINA GRANDE-PB”** terá como objetivo geral identificar o perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos da Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro com vistas à reflexão sobre os principais motivos e real necessidade de tal prescrição, visando sempre a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

- Ao voluntário caberá à autorização para aplicação de questionário estruturado e não haverá nenhum risco ou desconforto, pois, ao assinar esse Termo, o voluntário concorda em participar das estratégias metodológicas do projeto.

- Aos pesquisadores caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma clara e coerente com este parecer ora proposto, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Ao divulgar os resultados do estudo, será garantido o sigilo a identidade dos que participarem, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no Endereço: Rua Juvêncio Arruda S/N, Campus Universitário, Bodocongó, CEP: 58.429-600. Telefone: (083) 2101 – 1421, na pessoa de Edmundo de Oliveira Gaudêncio ou O CEP/ HUAC/ UFCG tem sede e funciona na Rua Dr. Carlos Chagas, s/ nº, edifício do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em ambiente designado e identificado para este fim, no Bairro São José, cidade de Campina Grande – PB, CEP: 58401 - 490, Telefone: (83) 2101 - 5545, email:cep@huac.ufcg.edu.br.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

Data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura Dactiloscópica  
Participante da pesquisa

## APÊNDICE B

### QUESTIONÁRIO

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>			
<b>SEXO</b>	M ( ) F ( )	<b>RAÇA</b>	Negro ( ) Pardo ( ) Branco ( ) Amarelo ( ) Indígena ( )
<b>IDADE</b>	Adulto jovem 18-30 anos ( )	Adulto 31-45 anos ( )	
	Adulto 46-60 anos ( )	Idoso >60 anos ( )	

<b>ESCOLARIDADE</b>	Analfabeto ( ) Ensino fundamental: incompleto ( ) completo ( ) Ensino médio: incompleto ( ) completo ( ) Ensino superior: incompleto ( ) completo ( )	
<b>OCUPAÇÃO</b>		
<b>RENDA</b>	Abaixo de 1 salário mínimo ( )    Entre 1 e 3 salários mínimos ( ) Entre 3 e 5 salários mínimos ( )    Acima de 5 salários mínimos ( )	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Solteiro ( )    União estável ( )    Casado ( )    Viúvo ( )	
<b>COMORBIDADES</b>	HAS ( )    DAC ( )    DM ( )    Dislipidemia ( )    Câncer ( )    Neuropsíquicas ( ) AVE ( )    DPOC ( )    Outras ( )	
<b>MEDICAÇÕES QUE FAZ USO CONTÍNUO</b>	Anti-HAS ( )    Hipoglicemiantes orais ( )    Insulina ( )    Anti-dislipidêmicos ( ) Corticóides ( )    Antidepressivos ( )    Outros ( )	
<b>SOBRE O USO DO BZD</b>	Qual utilizado	Diazepan ( )    Clonazepan ( )    Outro ( )
	Frequência de uso	1x/dia ( )    2x/dia ( )    3x ou mais/dia ( )    Irregular ( )
	Há quanto tempo utiliza?	Até 6 meses ( )    6 meses a 2 anos ( )    3 a 5 anos ( )    5 a 10 anos ( )    Mais de 10 anos ( )
	Motivo de uso (autorreferido)	Insônia ( )    Depressão ( )    Ansiedade ( )    Outros ( )
	Primeiro fornecedor do medicamento	Médico da UBSF ( ) Médico especialista ( ) Qual? _____ Outro profissional de saúde ( ) Leigo ( )
	Possui diagnóstico feito	SIM ( ) NÃO ( )

