



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA FILHO  
ITALO RHANIERY MEIRELES ARAÚJO  
ROSIVAN MAIA ALVES**

**PERFIL DOS USUÁRIOS CRÔNICOS DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO  
BÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

CAJAZEIRAS – PB

2015

**FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA FILHO**  
**ITALO RHANIERY MEIRELES ARAÚJO**  
**ROSIVAN MAIA ALVES**

**PERFIL DOS USUÁRIOS CRÔNICOS DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO  
BÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Disciplina TCC, do curso de Medicina, Centro de Formação de Professores, como requisito parcial de conclusão do Curso em Medicina da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, sob a orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marilena Maria de Souza (ETSC/CFP/UFCG).

CAJAZEIRAS – PB

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

A474p Araújo, Italo Rhaniery Meireles

Perfil dos usuários crônicos de benzodiazepínicos na atenção básica: uma revisão integrativa. / Francisco das Chagas Oliveira Filho; Ítalo Rhaniery Meireles Araujo; Rosivan Maia Alves. Cajazeiras, 2015.

42f.

Bibliografia.

Orientador(a): Marilena Maria de Souza.

Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Medicamentos sedativos – usuários crônicos. 2. Benzodiazepínicos - usuários. 3. Usuários de benzodiazepínicos – atenção básica. I. Oliveira Filho, Francisco das Chagas. II. Alves, Rosivan Maia. III. Souza, Marilena Maria de. IV. Título.

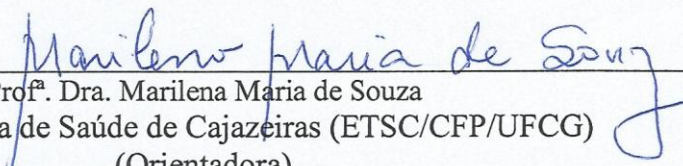
**FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA FILHO**  
**ITALO RHANIERY MEIRELES ARAÚJO**  
**ROSIVAN MAIA ALVES**

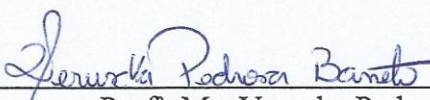
**PERFIL DOS USUÁRIOS CRÔNICOS DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO  
BÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

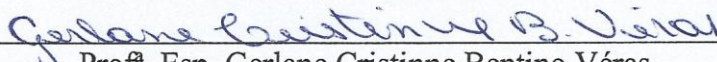
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Disciplina TCC, do curso de Medicina, Centro de Formação de Professores, como requisito parcial de conclusão do Curso em Medicina da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Marilena Maria de Souza (ETSC/CFP/UFCG).

Aprovado em 02/02/2015

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Marilena Maria de Souza  
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC/CFP/UFCG)  
(Orientadora)

  
Prof<sup>a</sup>. Ms. Veruska Pedrosa Barreto  
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (CFP/UFCG)  
(Membro Examinadora)

  
Prof<sup>a</sup>. Esp. Gerlane Cristinne Bentino Vêras  
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC/CFP/UFCG)  
(Membro Examinadora)

**CAJAZEIRAS – PB**

**2015**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus, aos meus pais Ilosman e Tereza, meus alicerces nessa longa caminhada, a meus avós, exemplos de vida. A meus tios e primos que sempre me ajudaram a alcançar meu sonho, em especial a Zaudenira, que me ensinou o modelo de médico que desejo ser, À minha irmã, Emily e à minha namorada Nara pelo carinho e companheirismo nos momentos mais difíceis. Agradeço também a todos os professores e funcionários da UFCG-cz e aos meus colegas discentes por estarmos juntos em todos os momentos e superarmos as dificuldades. Obrigado a todos que fizeram parte dessa caminhada.

**Italo Rhaniery Meireles Araújo**

Agradeço, primeiramente, à minha família, assim como a todos que contribuíram para o sucesso deste trabalho. Aos meus pais, especialmente à minha mãe Silneide, a meu irmão (Pitu), à minha companheira Larissa por toda paciência, coragem e força para que eu pudesse me empenhar e dar o melhor de mim, a fim de que pudesse sempre atingir meus objetivos. Agradeço aos meus companheiros de TCC.

**Francisco das Chagas Oliveira Filho**

Agradeço a meus pais, Pedro e Claudia, pelo apoio contínuo durante toda esta caminhada. A meus irmãos, Rosilene e William, pela paciência, força e presença nos momentos necessários. A meus demais familiares pelo constante incentivo em seguir em frente. À minha namorada, Kalline, e a meus amigos, Carlos Jr., Priscila, Naíla e Clara, que tanto me impulsionaram a cumprir prazos. A todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação. Muito obrigado. E, principalmente, a meus colegas Italo Rhaniery e Francisco das Chagas, que estiveram presentes e disponíveis, não só durante a elaboração deste trabalho, mas também nos principais momentos da graduação.

**Rosivan Maia Alves**

Gostaríamos de agradecer à nossa orientadora, Profa. Dra. Marilena Maria de Souza, pela paciência, empenho e dedicação. Além de tudo, pela disponibilidade de nos orientar e ensinar.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

## RESUMO

ARAÚJO, I. R. M.; OLIVEIRA FILHO, F. C.; ALVES, R. M. **Perfil dos usuários crônicos de benzodiazepínicos na atenção básica: uma revisão integrativa.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB, 2015.

A prescrição indiscriminada de psicotrópicos resulta na utilização destas drogas em 10%, por ano, da população adulta brasileira, sendo os Benzodiazepínicos os principais representantes, estes também estão entre os fármacos mais prescritos no mundo. O uso dos Benzodiazepínicos vem crescendo na população brasileira de maneira inadequada desde o seu surgimento, figurando na atualidade, como um dos medicamentos mais usados no tratamento da insônia e ansiedade, caracterizando um problema de saúde pública. Este trabalho objetiva identificar quais as características do grupo populacional que faz uso dos Benzodiazepínicos e quais fatores são predisponentes ao uso crônico. Optou-se pelo método de revisão integrativa de literatura. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Scielo, PubMed e LILACS utilizando-se os descritores *benzodiazepines AND (chronic OR dependence)* nos últimos 10 anos (2004 – 2014). Os resultados, depois de aplicados os critérios de exclusão e inclusão, foram abstraídos da leitura crítica e minuciosa de 08 artigos, seguidos de organização em quadros sinópticos dos dados obtidos. As evidências foram sintetizadas e apontaram a população feminina, inativa, de baixo poder aquisitivo e que já fizeram uso de alguma substância de abuso, como a mais suscetível ao uso crônico de Benzodiazepínicos, indicados fundamentalmente como ansiolíticos, tendo como principais prescritores médicos generalistas. Os estudos utilizados apresentaram bom nível de evidência de acordo com a prática baseada em evidências e tiveram amostras representativas. No entanto, devido à limitação dos estudos ao acesso a populações mais heterogêneas, de diferentes classes sociais e à falta de padronização diagnóstica da dependência farmacológica, faz-se necessário um maior número de estudos controlados e padronizados para uma melhor definição do grupo populacional mais vulnerável.

**Palavras-Chave:** Atenção básica. Usuários crônicos. Usuários de benzodiazepínicos. Psicotrópicos.

## ABSTRACT

ARAÚJO, I. R. M.; OLIVEIRA FILHO, F. C.; ALVES, R. M. **Profile of chronic benzodiazepine users in primary care: an integrative review.** 2015. Monography (Graduation in Medicine) - Federal University of Campina Grande, in 2015.

The indiscriminate prescription of psychotropic results in the use of these drugs by 10%, per year, in the Brazilian adult population, Benzodiazepines are the main representatives, and these are also among the most prescribed drugs in the world. The use of benzodiazepines has been growing in the Brazilian population improperly from its inception and ranks, today, as one of the most commonly used drugs in the treatment of insomnia and anxiety, featuring a public health problem. This study aims to identify the characteristics of the population group that makes use of Benzodiazepines and what factors predispose to chronic use. We opted for the integrative review method of literature. The survey was conducted in SciELO databases, PubMed and LILACS using the descriptors benzodiazepines AND (chronic OR dependence) in the last 10 years (2004-2014). The results, after application of the criteria for exclusion and inclusion, were abstracted from critics and thorough reading of 08 articles, followed by organization in summary tables of data. The evidence was synthesized and identified the female population, inactive, low purchasing power and who have already made use of some substance abuse as the most susceptible to chronic use of benzodiazepines, mainly prescribed as anxiolytics, with the main general practitioners prescribe. The studies used a good level of evidence according to evidence-based practice and had representative samples. However, due to the limitation of the studies to access the most heterogeneous populations of different social classes and lack of diagnostic standardization of drug dependence, it is necessary a greater number of controlled studies and standardized to better define the most vulnerable population group.

**Keywords:** Primary health care. Chronic users. Users of benzodiazepines. Psychotropic drugs.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	11
2.1 BENZODIAZEPÍNICOS.....	11
2.2 TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SEDATIVOS, HIPNÓTICOS E ANSIOLÍTICOS .....	13
2.3 MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS - MBE.....	16
<b>3 MÉTODO</b> .....	18
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	18
3.1.1 ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA.....	18
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	21
4.1 ESPECIFICAÇÕES DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	21
4.2 EVIDÊNCIAS ACERCA DO PERFIL DOS USUÁRIOS DEPENDENTES DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	23
4.3 SÍNTESE DO CONHECIMENTO ACERCA DO PERFIL DOS USUÁRIOS CRÔNICOS DE BZD NA ATENÇÃO BÁSICA .....	32
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	36
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	37
<b>ANEXO</b> .....	41

## 1 INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos (BZDs), disponíveis desde 1960, formam a terceira classe de drogas mais prescritas no Brasil, sendo utilizados por aproximadamente 4% da população de acordo com vários estudos. Segundo estimativas de Nomura et al. (2006), nos Estados Unidos, aproximadamente, 2% da população adulta recebeu pelo menos uma prescrição de BZD por um período de um ano ou mais, com finalidade hipnótica ou ansiolítica na época avaliada. (ROSENBAUM, 2005).

Acredita-se que esse enorme uso dos BZDs se correlaciona com o estilo de vida da população em geral, onde nota-se um elevado índice de estresse. Além disso, outros fatores que poderiam explicar a grande propagação de tais fármacos no mundo seriam a grande mobilização propagandista das indústrias farmacêuticas, a prescrição inadequada por parte de médicos mal informados sobre os riscos do uso desenfreado de tais substâncias e a própria automedicação por parte dos pacientes desinformados (AUCHEWIKSI, 2004).

Devido à sua relativa segurança (são necessárias elevadas doses para que ocorra um efeito tóxico), sua prescrição e utilização ocorrem de forma abusiva, mesmo sendo um medicamento controlado e dispensado com apresentação de receita específica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Contudo, o uso prolongado dos BZDs por períodos maiores que três meses, pode causar efeitos colaterais como sonolência diurna, perda de memória e da função cognitiva e psicomotora. Além disso, após exceder esse período de uso, o paciente fica dependente da ação do medicamento e a dosagem se torna ineficiente (SILVA, 2007).

Dentre os usuários de BZDs, as mulheres são prevalentes (duas a três vezes mais do que os homens) e seu número aumenta conforme a idade (KAPCZINSKI et al., 2001). A prescrição desses fármacos na atenção primária, em geral, é inadequada, configurando como principais motivos para isso, o pequeno tempo de consulta, a subestimação dos efeitos colaterais das drogas por parte dos profissionais de saúde e a carência de diagnósticos psiquiátricos na atenção primária (FERNÁNDEZ et al., 2002).

Diante do exposto, o presente estudo trata-se de uma revisão de literatura integrativa fundamentada em artigos realizados em território brasileiro que tiveram sua publicação nos últimos 10 anos, sobre o perfil dos usuários de BZDs na atenção básica, buscando resposta para o seguinte questionamento: qual o perfil dos usuários crônicos de benzodiazepínicos que utilizam o serviço de saúde primário?

Dessa maneira, nosso objetivo é identificar quais as características do grupo populacional que faz uso crônico dos BZDs e quais fatores são predisponentes.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 BENZODIAZEPÍNICOS

São fármacos depressores do sistema nervoso central (SNC), sintetizados pela primeira vez, em meados da década de 1950, pelo químico Leo Sternbach nos Estados Unidos da América (EUA). A boa aceitação dessa classe medicamentosa no meio médico foi devido a características dos BZDs, como eficácia ansiolítica e hipnótica e também à ausência de efeitos adversos que representam risco de vida ou toxicidade na superdosagem (SWEETMAN, 2005).

No fim da década de 1970, o Diazepam (pertencente à classe dos BZDs) já era um dos medicamentos mais prescritos no mundo. Os BZDs são considerados por Forsan (2010) como o maior grupo de medicamentos sedativos e os mais consumidos mundialmente.

Os BZDs são produzidos através da condensação de derivados do ácido malônico e da uréia. O termo benzodiazepínico se refere à parte da estrutura composta de um anel benzeno fusionada a um anel diazepínico de sete membros. Como todos os benzodiazepínicos importantes contêm um substituinte 5-arila e um anel 1,4-diazepínico, o termo acabou significando as 5-arilas-1,4-diazepinas (BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012).

Além disso, são altamente lipossolúveis, permitindo uma absorção completa e penetração rápida no SNC após ingestão oral. A lipossolubilidade varia entre os BZDs. O lorazepam e o midazolam possuem também boa hidrossolubilidade e são seguros para administração via intramuscular. Estes medicamentos agem interagindo com o complexo receptor de benzodiazepínicos-ácido-gama-aminobutírico e aumentam a afinidade pelo ácido gama-aminobutírico (GABA) (MEDEIROS, 2004).

Os BZDs sofrem metabolismo por dois mecanismos, ambos no fígado: a oxidação e a conjugação. De uma forma geral, as substâncias metabolizadas pelo processo oxidativo produzem metabólitos ativos, enquanto as substâncias conjugadas produzem metabólitos inativos (ALBERTINO; MOREIRA FILHO, 2000). O mecanismo de oxidação hepática pode ser comprometido em situações em que há prejuízo das vias metabólicas de oxidação, bem como quando há uso concomitante de drogas que induzam ou inibam o seu sistema enzimático de biotransformação (BERNIK, 1999). A excreção é principalmente pela via urinária, como subprodutos livres (cerca de 2% é eliminado sob a forma inalterada) ou conjugados inativos.

Segundo Vilas Boas et al. (2004), a farmacodinâmica estuda a inter-relação da concentração de uma droga e a estrutura alvo, bem como o seu respectivo mecanismo de ação. Em relação ao local de ação, agem no sistema nervoso central (SNC) e nos demais sistemas

periféricos. No primeiro, estes medicamentos produzem sedação, hipnose, redução de ansiedade, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e atividade anticonvulsivante. Nos sistemas periféricos, há apenas duas ações relevantes: a vasodilatação coronária, quando administrado parenteralmente, e o bloqueio neuromuscular (CHARNEY; MIHIC; HARIS, 2006).

O mecanismo de ação dos BZDs envolve os receptores e neurotransmissores GABA, uma vez que a droga se liga a uma porção do receptor diferente da porção que o neurotransmissor se liga, potencializando sua função. O receptor GABA é composto por cinco subunidades (cadeias polipeptídicas): três unidades alfas, uma beta e uma gama. O receptor GABA<sub>A</sub> possui sítios de ligação específicos para os BZD, GABA, barbitúricos e esteróides (CHARNEY; MIHIC; HARIS, 2006).

A função do receptor GABA é mediar o influxo dos íons de cloro para o meio intracelular. Quando os benzodiazepínicos se ligam aos receptores GABA, ocorre uma potencialização da ação dos neurotransmissores GABA, ocasionando maior influxo de íons cloreto para a célula, dificultando a despolarização. Assim, a célula fica com um potencial interneural de -70 milivolts. As cargas negativas deste íon também anulam grande parte do efeito excitatório provocado por íons sódio carregados positivamente (GUYTON; HALL, 2006).

A ação dos BZDs é dose dependente. A sedação é alcançada a partir de certa dosagem e à medida que esta dose é aumentada o efeito torna-se mais intenso causando uma ação hipnótica, podendo chegar até a depressão respiratória e a morte (CHARNEY; MIHIC; HARIS, 2006). Os BZDs têm sua absorção diminuída com o uso concomitante de antiácidos. Há aumento da depressão na associação com anti-histamínicos, barbitúricos, tricíclicos e etanol. O seu nível sérico aumenta quando existe a associação com cimetidina, dissulfiram, estrogênios, eritromicina, isoniazida e fluoxetina e ocorre diminuição quando associado à carbamazepina (SPITZ; BRASIL, 2007).

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em 2001 foram prescritas 6,96 milhões de doses de BZDs com função hipnótica. Essa classe de medicamento além de proporcionar ausência de reações adversas significativas, no curto prazo, ajuda na melhor adaptação individual às mudanças sociais (MASTROIANNI et al., 2008). Contudo, embora sejam conhecidos por seus efeitos terapêuticos, os BZDs podem causar efeitos desagradáveis e por vezes perigosos (FORSAN, 2010).

Em relação à indicação dos BZDs, estes são prescritos em várias condições clínicas, exibindo efeitos ansiolíticos-tranquilizantes, hipnótico-sedativo, anticonvulsivante e miorrelaxantes. Sua maior aplicação atualmente consiste no tratamento de quadros agudos de ansiedade e insônia. Porém, vale ressaltar que a prescrição correta dos BZDs deve considerar

aspectos como: a necessidade, a intermitência e a curta duração do tratamento. Além disso, o profissional médico deve analisar questões da história clínica e psicológica do paciente, e principalmente esclarecer quantos aos riscos dos efeitos colaterais (XAVIER, 2010).

Essa classe de medicamento possui um potencial conhecido de causar dependência. Embora seu uso seja recomendado para uma duração que se limite a algumas semanas, é conhecido sua utilização por meses, anos ou até décadas, mesmo que as evidências demonstrem que seus benefícios diminuem com o tempo e os efeitos adversos permaneçam. Esta exposição crônica aos BZDs provoca modificação na neurotransmissão gabaérgica, que favorece o aparecimento de tolerância, dependência e abstinência (AUTHIER N. et al., 2009).

Estudos evidenciaram que a alta taxa de consumo destes medicamentos pode estar diretamente relacionada à dependência (AUCHEWSKI L. et al., 2004), condição esta que pode explicar o motivo do uso por períodos prolongados pela maioria dos pacientes.

Para Mendonça et al. (2008), os efeitos dos BZDs afetam o desempenho psicomotor, pois estes interferem na manutenção da atenção, velocidade de desempenho e precisão ou rapidez de reflexos. Podem também prejudicar a capacidade de julgamento, sendo que os usuários podem não ser aptos de discernir o seu próprio desempenho, tornando-os vulneráveis a acidentes. Há indícios de que o uso de BZDs está associado ao risco de acidentes automobilísticos.

O consumo de BZDs é controlado no Brasil através de sua prescrição e comercialização, incluídos na Portaria SVS/MS 334, de 12 de maio de 1998 (MENDOÇA; CARVALHO, 2005). De acordo com o Centro de Vigilância Sanitária, as medicações psicotrópicas estão sujeitas a controle especial. Dessa forma, a notificação de receita deve ser acompanhada da receita propriamente dita, já que a notificação ficará retida na farmácia e a receita será o comprovante do paciente como documento de aquisição. A notificação de receita “B” (de cor azul) é utilizada para substâncias psicotrópicas e somente poderá ser aviada dentro do Estado onde for emitida.

Orlando e Noto (2005) relatam que órgãos internacionais como a OMS (Organização Mundial de Saúde) e o INCB (Internacional Narcotics Control Board), têm alertado sobre o uso abusivo e o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento. No Brasil, o uso excessivo de BZDs configura grave problema de saúde pública, principalmente em nível de atenção primária (MINAS GERAIS, 2007).

## 2.2 TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SEDATIVOS, HIPNÓTICOS E ANSIOLÍTICOS

Os transtornos relacionados ao uso de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos apresentam critérios diagnósticos definidos, os quais foram elaborados pela American Psychiatric

Association (APA) (2013) e encontram-se simplificados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) de acordo com o Quadro 1.

**Quadro 1** – Critérios diagnósticos dos transtornos relacionados ao uso de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos.

Critérios Diagnósticos
<p>A. Um padrão problemático de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes, ocorrendo durante um período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são frequentemente consumidos em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.</li> <li>2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso do sedativo, hipnótico ou ansiolítico.</li> <li>3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias na obtenção do sedativo, hipnótico ou ansiolítico, na utilização dessas substâncias ou na recuperação de seus efeitos.</li> <li>4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.</li> <li>5. Uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola, ou em casa (p. ex. ausências constantes ao trabalho ou baixo rendimento do trabalho relacionado ao uso sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas ao uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; negligência dos filho ou afazeres domésticos).</li> <li>6. Uso continuado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos dessas substâncias (p. ex. discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; agressões físicas).</li> <li>7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.</li> <li>8. Uso recorrente de sedativo, hipnótico ou ansiolítico em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física (p. ex. conduzir veículos ou operar máquinas durante comprometimento decorrente do uso de sedativos, hipnóticos, ansiolíticos).</li> </ol>

9. O uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente provavelmente causado ou exacerbada por essas substâncias.

10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

- a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos para atingir intoxicação ou o efeito desejado.
- b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

**Nota:** Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso do sedativo, hipnótico ou ansiolítico se dá sob supervisão médica.

11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:

- a. Síndrome de abstinência característica de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
- b. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (ou uma substância estreitamente relacionados, como o álcool) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

**Nota:** Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso do sedativo, hipnótico ou ansiolítico se dá sob supervisão médica.

Especificar a gravidade atual:

**305.40 (F13.10) Leve:** Presença de 2 ou 3 sintomas.

**304.10 (F13.20) Moderado:** Presença de 4 ou 5 sintomas.

**304.10 (F 13.20) grave:** Presença de 6 ou mais sintomas

Fonte: Adaptado do DSM-V (APA, 2013), 550-551.

Já a abstinência, segundo o mesmo manual (DSM-V), é caracterizada pela presença de uma síndrome que ocorre em resposta a uma conjunção de fatores exemplificados simplificada de acordo como o Quadro 2.

**Quadro 2** – Critérios diagnósticos da abstinência de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos.

Critérios Diagnósticos
<p>A. Cessação (ou redução) do uso prolongado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.</p> <p>B. Dois (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolvidos no prazo de várias horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos descritos no critério A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hiperatividade autonômica (p. ex. sudorese ou taquicardia).</li> </ol>

2. Tremor acentuado nas mãos.
3. Insônia.
4. Náusea ou vômitos.
5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias.
6. Agitação psicomotora.
7. Ansiedade.
8. Convulsões do tipo grande mal.

C. Sinais ou sintomas do critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância.

Fonte: Adaptado do DSM-V (APA, 2013), 557-558

### 2.3 MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS - MBE

No passado, as pesquisas ligadas ao campo científico baseavam-se principalmente em teorias fisiopatológicas. Porém, com o desenvolvimento científico (processo lento e gradual), houve a necessidade de conscientização sobre aspectos mais aprofundados para aprimoramento da comunidade. Desta forma, houve uma agregação das pesquisas a um processo baseado em evidências, tornando as pesquisas científicas mais valorizadas (DIAS; DIAS, 2006).

Na verdade, desde a década de 1940, já ocorriam intervenções médicas baseadas em estudos controlados. Porém, foi somente a partir de 1972, que o epidemiologista Archie Cochrane sintetizou a base do que conhecemos hoje como a Medicina Baseada em Evidências - MBE (COCHRANE, 1999). Durante a década de 1980, a metodologia prática da MBE foi desenvolvida, na Universidade McMaster, a partir de um grupo de estudos e, desde então, tem servido nas ciências humanas como um método de sistematização do conhecimento, cujo intuito é o de melhorar o ensino e a assistência à saúde (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Considerada como um elemento de ligação entre a prática clínica e a pesquisa científica de boa qualidade, a MBE busca a avaliação crítica de argumentos científicos com qualidade validada (externa ou interna) disponíveis no momento, para que seus resultados possam ser aplicados na prática clínica (ATALLAH, 2004). Assim sendo, a prática baseada em evidências tem como aspecto crucial a qualidade da evidência, devendo o profissional de saúde ter a



capacidade de julgar e diferenciar o que seria classificado como adequado, para que, com base nisso possa generalizar, avaliar e utilizar os resultados obtidos de forma crítica.

Composta basicamente por cinco passos, a MBE busca inicialmente formular questões estruturadas (passíveis de esclarecimentos) segundo a necessidade de informação. A partir disso, busca-se responder a essas questões iniciais a partir da busca das melhores evidências disponíveis. No passo seguinte, as evidências encontradas são avaliadas criticamente quanto à sua aplicabilidade clínica, validade e importância. Após essa fase de avaliação crítica, ocorre a aplicação dos resultados na prática clínica e, por fim, avalia-se constantemente o desempenho clínico da metodologia utilizada (STRAUSS et al., 2005).

Durante todo esse processo, não se deve esquecer da experiência clínica de cada profissional. Além disso, embora as evidências ajudem a tomar as decisões mais adequadas, baseando-se em estudos que agrupam pacientes com condições semelhantes, deve-se entender que a relevância das evidências depende do delineamento metodológico utilizado durante a pesquisa, quanto maior o rigor metodológico mais relevante será o estudo (LOPES, 2010).

## 3 MÉTODO

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, que configura-se como um método específico de releitura de literatura empírica ou teórica, com o intuito de fornecer uma compreensão abrangente sobre um determinado fenômeno (BROOME, 2006). O objetivo desse método de pesquisa é traçar uma análise sobre determinado tema a partir de conhecimentos já construídos em estudos anteriores. A revisão integrativa possibilita a síntese de evidências científicas de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; BENEFIELD, 2003). Segundo Whitmore e Knafl (2005), uma boa revisão integrativa apresenta o estado da arte sobre um tema, contribuindo para o desenvolvimento de teorias e conseqüentemente da construção da ciência.

#### 3.1.1 Etapas da revisão integrativa

Sendo assim, para o desenvolvimento desta revisão integrativa, optou-se pela proposta que engloba estudos com métodos variados que obedecem a uma seqüência de etapas a partir de um objetivo predefinido.

##### 1ª Etapa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

O objetivo desta revisão foi abordar um tema pouco explorado dentro de um campo bastante conhecido na literatura médica. Nas pesquisas iniciais notamos que existe uma gama de estudos relacionados ao uso, farmacologia, efeitos adversos e prescrições indiscriminadas de benzodiazepínicos. Percebemos, também, que havia escassez de estudos relacionados aos fatores que predispunham a dependência a esses fármacos. Dessa maneira, a questão norteadora do nosso trabalho é: qual o perfil dos usuários crônicos de benzodiazepínicos que utilizam o serviço de saúde primário?

##### 2ª Etapa: estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para busca na literatura

Foi realizada pesquisa nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS):

LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (Medical Published – service of the U.S National Library of Medicine) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Os descritores utilizados foram pesquisados nos DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), são: *Benzodiazepines AND (chronic OR dependence)*.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos com resumo e texto completo disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período entre janeiro de 2004 a setembro de 2014, cujo tema abordasse a utilização de BZDs por população maior de 18 anos, assistidas na atenção primária em território brasileiro. Além disso, foram excluídos artigos com nível de evidência 4B e 5, estudos ou relatos de casos e opiniões desprovidas de avaliação crítica ou baseadas em matérias básicas (OCEBM, 2011).

As estratégias de busca foram adaptadas de acordo com as individualidades das bases de dados utilizadas, mantendo-se a pergunta-guia, os critérios de inclusão e exclusão e os mesmos filtros.

Foi realizada busca no LILACS, PubMed e SciELO utilizando os descritores acima mencionados, acrescentando os filtros: disponível (*freefulltext*); Brasil (*Brazil*); Na primeira base de dados foram encontrados 22 artigos, 13 artigos foram encontrados no PubMed e 14 artigos no SciELO.

### 3ª Etapa: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados

Após a leitura dos títulos e resumos dos artigos da amostra inicial, foram pré-selecionados 8 artigos no LILACS, 2 artigos no PubMed e 6 artigos no SciELO. Após a leitura na íntegra dos artigos e adequando-os aos critérios preestabelecidos de inclusão e exclusão, foi obtido o material bibliográfico composto por 8 artigos englobando todos os bancos de dados utilizados, visto que, alguns dos artigos encontravam-se em mais de uma base de dados pesquisada.

### 4ª Etapa: Categorização dos estudos selecionados

Para garantir que todas as informações relevantes dos dados levantados fossem extraídas, foi necessário um instrumento analítico de cada artigo em separado, tanto em nível metodológico quanto em relação aos resultados obtidos (URSI, 2005). As informações coletadas nos artigos devem incluir o tamanho da amostra, metodologia, mensuração de variáveis e resultados, métodos de análise e teorias embasadoras utilizadas (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

De acordo com a pergunta norteadora e os critérios de inclusão e exclusão realizados nesse trabalho foi possível uma análise dos estudos incluídos quanto à metodologia, e síntese dos resultados obtidos.

#### 5ª. Etapa: Análise e interpretação dos resultados

Para realizar a análise dos artigos que se adequaram aos critérios, foi desenvolvida uma matriz de síntese para extrair e organizar os dados da revisão literária (APÊNDICE), com o objetivo de proteger os autores de possíveis erros durante a análise (KLOPPER; LUBBE; RUGBEER, 2007).

#### 6ª. Etapa: Apresentação da revisão/ síntese do conhecimento

Nesta etapa foram sintetizadas todas as fases percorridas, de maneira criteriosa, apresentando os principais resultados obtidos e possíveis lacunas a serem exploradas.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 ESPECIFICAÇÕES DOS ARTIGOS SELECIONADOS

O quadro 3 mostra os autores, títulos, periódicos e anos relativos a cada artigo analisado. A respeito dos artigos selecionados, destacam-se os publicados durante os anos de 2004, 2005, 2007, 2008, 2009, 2012, 2013 e 2014, correspondendo a um artigo por ano.

Nos artigos 2, 4, 6, 7 e 8, realizaram uma pesquisa descritiva qualitativa sobre as características dos usuários de BZDs na atenção básica de saúde. Essa abordagem é a melhor para responder questões sobre a compreensão da doença e o significado desta em relação aos sentimentos do paciente sobre os efeitos de uma determinada intervenção. O artigo 1, trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo observacional, tendo por objetivo determinar as condições relacionadas à saúde e/ou as características individuais. Possui evidências nível IV, por se tratar de um estudo não experimental, sendo uma pesquisa descritiva, correlacional e qualitativa (MEDEIROS, 2004).

Foi realizado um estudo de coorte (artigo 5) de base populacional prospectivo na cidade de Bambuí-MG, em habitantes com mais de 60 anos, com base em um questionário aplicado, sendo o uso de BZDs a variável do estudo. É considerado nível de evidencia II, tratando-se de um estudo observacional utilizado para avaliação do desfecho e medir a incidência dos efeitos à exposição prolongada, sendo útil na determinação dos fatores de risco (OCEBM, 2011).

Enquanto que no artigo 3, realizou-se um estudo transversal com coleta retrospectiva de dados a partir de usuários cadastrados em um sistema informatizado de controle de medicações. Embora também tratar-se de estudo observacional, é considerado nível de evidência III por não apresentar um grupo controle. É útil na análise de variáveis e caracterização de populações quanto à prevalência da doença e fatores de risco. No entanto, é mais susceptível aos vieses em relação ao estudo de coorte (MEDEIROS, 2004).

No que tange ao idioma de publicação encontrado, houve uma prevalência do português sobre o inglês. Todos os artigos foram desenvolvidos no Brasil em diferentes regiões geográficas, o que contribuiu para uma análise mais completa do perfil global dos pacientes enquadrados nos estudos.

Os artigos foram publicados nos seguintes periódicos: *Ciência e saúde coletiva* e *Revista Brasileira de Psiquiatria* (2 artigos em cada); e *São Paulo Medical Journal*, *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *Revista de Atenção Primária à Saúde* e *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (1 artigo em cada). Ao analisar o objeto de publicações das revistas,

destacam-se periódicos da saúde coletiva e atenção primária, psiquiatria e demais áreas de interesse médico.

**Quadro 3** - Caracterização das publicações nas bases de dados PUBMED, LILACS e SciELO, de acordo com autor(es), título, periódico, volume, ano.

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Periódico, v., n., p., mês. Ano</b>
1. LIRA, A. C. et al. 2014.	<i>Perfil de usuários de benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde.</i>	<i>Revista de APS</i> vol. 17, n. 2, pp. 223-228, Abr/Jun 2014.
2. SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. N. 2013.	<i>Contextos e padrões do uso indevido de Benzodiazepínicos entre mulheres.</i>	<i>Ciência e saúde coletiva</i> , vol. 18, n. 4, pp. 1131-1140, Abr 2013.
3. FIRMINO, K. F. et al. 2012.	<i>Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais.</i>	<i>Ciência e saúde coletiva</i> , vol. 17, n. 1, p. 157-166, Jan 2012.
4. NORDON, D. G. et al. 2009.	<i>Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária</i>	<i>Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul</i> , vol. 31, n. 3, pp. 152-158, 2009.
5. ALVARENGA, J. M. et al. 2008.	<i>Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS).</i>	<i>Revista Brasileira de Psiquiatria</i> , vol. 30, n. 1, pp. 7-11, Mar. 2008.
6. RIBEIRO, C. S. et al. 2007.	<i>Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern</i>	<i>São Paulo Medical Journal</i> , vol. 125, n. 5, pp. 270-274, Set. 2007.
7. ORLANDI, P.; NOTO, A. R. 2005.	<i>Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo</i>	<i>Revista Latino-americana de Enfermagem</i> , vol. 13, n. especial, pp. 896-902, set./out. 2005.
8. AUCHEWSKI, L. et al. 2004.	<i>Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos</i>	<i>Revista Brasileira de Psiquiatria</i> , vol. 26, n. 1, pp. 24-31, 2004.

Fonte: Elaborado pelos autores. Base de dados: LILACS, PubMed e SciELO (2004-2014).

## 4.2 EVIDÊNCIAS ACERCA DO PERFIL DOS USUÁRIOS DEPENDENTES DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Na literatura médica, há inúmeros estudos nas mais diversas frentes englobando os BZDs, no entanto, existe uma lacuna científica no que se refere a um consenso de qual grupo ou quais fatores são predisponentes à dependência farmacológica desses ansiolíticos.

Estudo publicado por Auchewski et al. (2004) no artigo intitulado “Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos” (artigo 8), teve como objetivo avaliar as orientações médicas dadas aos usuários de BZDs sobre os possíveis efeitos colaterais causados pelo uso contínuo de tais drogas. As informações necessárias foram colhidas de voluntários adultos que buscavam BZDs em farmácias selecionadas na cidade de Curitiba-PR.

Foram avaliados 120 pacientes, desse total, 80 (67%) eram do sexo feminino e a idade média dos entrevistados de 48 anos de idade (faixa entre 18 e 76 anos). Além disso, 88 (73%) da religião católica, 54 (45%) tinham como escolaridade o primeiro grau e 47 (39%) possuíam uma renda familiar entre 04 e 07 salários mínimos.

A fim de avaliar-se qual era o nível de orientação fornecido (pelo profissional de saúde aos usuários) sobre os possíveis efeitos colaterais do uso prolongado de BZDs, foram aplicados questionários, inicialmente, com perguntas abertas, seguidas por perguntas estimuladas. Para um melhor delineamento do estudo, deu-se ênfase às orientações classificadas como essenciais, como informações sobre evitar o consumo de bebidas alcoólicas durante o uso de BZDs (risco de interação entre o álcool e o fármaco); informações sobre a influência da medicação sobre concentração e capacidade motora (atenção); e informações sobre evitar o uso por períodos prolongados (dependência).

Dos 120 entrevistados, 05 (4%) relataram ter recebido orientações sobre os efeitos da medicação sobre a atenção; 37 (31%) receberam orientação de não consumir bebida alcoólica; 06 (5%) receberam orientação sobre o risco de dependência; 24 (20%) sobre atenção e uso de bebidas; 01 (1%) sobre atenção e dependência; 08 (7%) sobre uso de bebidas e dependência; 16 (13%) receberam as três orientações; e 23 (19%) não receberam nenhuma das informações.

Orlandi e Noto (2005) publicaram o artigo “Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo” (artigo 7), com o objetivo de compreender as características de prescrição e do consumo crônico de BZDs, baseando-se no ponto de vista dos usuários e de profissionais de saúde. Através do método qualitativo, o estudo

analisou uma pequena amostra de entrevistados, porém com aprofundado detalhamento de cada caso.

Para a definição da amostra do estudo, incluíram-se, além de usuários crônicos de BZDs; médicos que prescreviam a droga; psicólogos e psiquiatras que já haviam lidado com pacientes com histórico de uso crônico dessa droga; farmacêuticos que estavam familiarizados com a dispensação de tais fármacos e profissionais envolvidos no desenvolvimento de políticas de saúde. Cada participante realizou uma entrevista específica, com o objetivo de obterem-se dados sobre a prática do uso de BZDs. Constou de 07 médicos, 02 psicólogas, 04 farmacêuticos, 01 Fiscal de Vigilância Sanitária e 05 usuários crônicos de BZDs, totalizando em 19 entrevistados.

A amostra de usuários foi composta por um homem (39 anos), que fazia uso de BZDs por sua função hipnótica há 10 anos; duas mulheres (com mais de 65 anos), que usavam a droga por sua função ansiolítica há mais de 20 anos; e duas mulheres (de aproximadamente 40 anos), que faziam uso intermitente do fármaco há 02 anos.

Em relação à informação sobre o uso, todos os 05 afirmaram não terem recebido, no início do tratamento, orientações quanto ao tempo necessário de tratamento e 03 não receberam orientações quanto os possíveis riscos do uso prolongado de BZDs. Quanto aos motivos de início do uso, os tratamentos de distúrbios de ansiedade e o de transtornos de sono foram apontados como as principais causas. Em relação ao perfil dos usuários, os médicos citaram como sendo comum o uso da medicação por idosos que desejam o efeito hipnótico do fármaco e o consumo por usuárias de meia idade devido ao efeito ansiolítico.

Em relação à tolerância, tanto os usuários como os profissionais de saúde mencionaram o aumento progressivo da dose e tentativas de substituição por outros BZDs para obtenção dos mesmos efeitos. Quanto à dependência, no geral, os médicos se consideraram capazes de identificar os casos de dependentes, no entanto relataram dificuldade em instituir o tratamento eficaz.

Esse estudo demonstrou que os principais BZDs utilizados foram o diazepam, o lorax e o lexotan. Um dos fatores apontados para a popularização do uso dos BZDs foi o preço de baixo custo, propiciando a banalização do consumo. Todos os pacientes do estudo negaram qualquer efeito colateral advindo do uso crônico. Segundo os médicos entrevistados, os pacientes tendem a não criticar o surgimento de qualquer malefício, a fim de manter-se o uso. Além disso, os médicos perceberam, nos usuários, o uso de artifícios de simulação de sintomas, sedução e bajulação como estratégias para se conseguir a prescrição do fármaco.

Quanto à formação adquirida durante a graduação em medicina, os profissionais relataram haver falhas, podendo em alguns casos haver subprescrição, por dúvidas em relação à



segurança do uso da medicação, quanto haver superprescrição, por não conhecimento dos possíveis riscos do uso prolongado.

Ribeiro et al. (2007) publicaram um estudo descritivo (artigo 6), com o objetivo de descrever, após avaliação clínica e aplicação de inquérito, as características dos usuários crônicos (mínimo de seis meses de uso contínuo) de diazepam em cinco UBS. O estudo intitulado “Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern”, foi realizado na cidade de Campinas-SP. A região apresentava, na época, alta taxa de desemprego e baixo poder econômico e contava com 152.438 habitantes (15,7% da população total de Campinas) e continha oito unidades básicas de saúde (UBS). Dentre estas, foram escolhidas somente cinco para estudo, por serem as primeiras a fazer um controle do uso de psicotrópicos através de livros de controle.

Durante a averiguação desses livros, foi identificado um total de 1.458 pessoas que, nos últimos três anos, haviam feito, em algum momento, uso de diazepam. O estudo usou como critérios de inclusão a idade superior a 15 anos e o uso de diazepam de forma contínua por 36 meses, no mínimo, chegando-se a um número de 48 pessoas pré-selecionadas. Tais pessoas pré-selecionadas foram convocadas à comparecer à UBS e receberam explicações sobre os procedimentos e objetivos do estudo através de cartas. Destas, foi possível avaliar-se um número final de 41 apenas, pois uma havia ido embora para outro município e outras seis não responderam aos convites do estudo. Após essa fase de seleção, os 41 pacientes adequados aos critérios de inclusão passaram por entrevista padronizada através de inquérito e avaliação clínica específica, após assinatura de termo de consentimento informado.

A partir dessa entrevista, o estudo mostrou que a maior parte dos usuários crônicos de diazepam era composta por mulheres (85,4%), sendo que a idade média dos entrevistados era de 57,6 anos. Mostrou também que 70,8% dos entrevistados eram da religião católica e 43,9% era casada. Quanto à classe social, a maior parte dos usuários (54%) pertencia à classe D, seguida pela classe C (39%) e a classe E (07%). Porém, deve-se pontuar que o estudo considerou somente os usuários de UBS, onde não haviam pessoas das classes socioeconômicas A e B.

Os principais motivos apontados para o início de uso de diazepam foram o nervosismo (41,4% dos casos) e insônia (36,6%). Além disso, 24,4% dos entrevistados citaram a insônia como motivo de continuação do uso e 21,9% o efeito calmante, sendo que 24,4% dos pacientes simplesmente desconheciam o motivo da manutenção do uso. Em relação às tentativas de cessação do uso da droga, pelo menos um sintoma de retirada foi relatado, sendo o principal citado a insônia (46,3% dos entrevistados), seguida por irritabilidade, dor nos membros ou

cefaleia e agitação (com uma representação de 9,7% cada), havendo uma taxa de frustração de 76,9% das tentativas de parada.

O estudo também revelou que 44,4% das prescrições de BZDs foram feitas por médicos generalistas, 41,7% por psiquiatras, 5,6% por neurologistas, 5,6% por cardiologistas e 2,8% por ginecologistas. Além disso, muitas vezes, o médico repetia a prescrição antiga. Deste modo, o uso de BZDs se perpetuava sem quaisquer critérios terapêuticos formais, aumentando-se, assim, os riscos de desenvolvimento de dependência.

Quanto às orientações dadas pelo médico sobre os efeitos do uso contínuo de BZDs, 55,5% dos pacientes nunca receberam qualquer informação. Além disso, 22,5% dos usuários, embora tenham recebido alguma orientação, não conseguiram compreender as informações repassadas (deve-se lembrar dos baixos níveis de escolaridade da população da região) e apenas 8 pacientes do estudo (15%) lembravam de alguma orientação repassada pelo médico. Devido a essa alta taxa de desinformação, muitos pacientes não se mostravam preocupados com o uso crônico inadequado de BZDs e mesmo quando eram posteriormente informados, geralmente, não conseguiam encerrar o uso, devido ao surgimento dos sintomas de retirada.

Foi publicado, em 2008, o estudo (artigo 5) "Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS)". O objetivo foi avaliar a prevalência de consumo de BZDs e as características sociodemográficas destes usuários entre os idosos da região escolhida. Realizado na cidade de Bambuí-MG, que, na época, contava com uma população de 21.000 habitantes, cuja expectativa de vida era de 70,2 anos.

Foram identificados os habitantes da região que tinham 60 anos de idade ou mais (a partir de 01 de janeiro de 1997), sendo encontrado um número de 1.742 indivíduos. Destes, 1.606 (92%) foram selecionados para participar do estudo. Tais participantes receberam, em seu domicílio, a visita de entrevistadores treinados especialmente para a coleta dos dados e passaram por aplicação de um questionário padronizado, após assinatura de termo de consentimento informado. Inicialmente, o estudo evidenciou que 964 dos 1.606 participantes (60,1%) eram do sexo feminino e que a idade média era de 69,3 anos, sendo que 58,1% estavam na faixa etária entre 60 e 69 anos, 30,6% estavam na faixa entre 70 e 79 anos e 11,3% estavam com mais de 80 anos de idade.

Em relação ao uso de BZDs, foi encontrada uma prevalência de 21,7% (348 dos 1.606 entrevistados). Tal resultado mostrou-se inferior à prevalência na faixa etária semelhante da França, que apresenta um valor de 31,0%. Porém, mostrou-se maior que a apresentada entre os idosos da América do Norte (10,0%), sendo semelhante à prevalência observada no Canadá

(também entre os idosos). Além disso, a prescrição dos BZDs havia sido feita por médicos em 98,5% dos casos, sendo que somente 3,2% dos pacientes haviam, nos últimos doze meses, passado por consulta com psiquiatra.

Ainda em relação à prevalência, o estudo demonstrou uma diferença significativa entre os gêneros: 26,7% para as mulheres e 14,0% para os homens ( $p < 0,01$ ). Tal associação, uso de BZDs e sexo feminino, também esteve presente em diversos outros estudos envolvendo adultos mais velhos em países desenvolvidos. Por viverem mais tempo que os homens, as mulheres sofrem mais com desordens físicas ligadas à saúde e com os efeitos psicológicos do envelhecimento. Além disso, as mulheres, culturalmente, fazem maior uso dos serviços de saúde, mantendo uma melhor comunicação com os profissionais de saúde, havendo maior aceitação de psicofármacos, incluindo os BZDs.

Em relação a faixa etária, foi observado que houve aumento da prevalência do uso de BZDs, entre os homens, de acordo com o aumento da faixa etária, sendo o maior valor (28,6%) encontrado no grupo com mais de 80 anos, seguido por 13,5% entre 70 e 79 anos e 11,6% entre 60 e 69 anos ( $p = 0,001$ ). Porém, esta diferença nas prevalências por faixa de idade não foi vista significativamente ( $p = 0,533$ ) entre as mulheres avaliadas no estudo, sendo que houve um valor de 28,1% na faixa de 60 a 69 anos, 24,8% entre 70 a 79 anos e 25,0% nas mulheres acima de 80 anos.

Quanto ao tempo de uso dos BZDs, 68,7% dos 348 usuários haviam feito uso contínuo por mais de um ano e 31,3% por mais de cinco anos. Quanto à função terapêutica, em 76,8% dos casos, buscava-se o efeito ansiolítico, em 12,69%, o efeito anticonvulsivante e em 10,6% dos casos, o efeito hipnótico/sedativo. Em relação à formulação química, o estudo mostrou como medicamentos mais comuns o bromazepam, em 35,6% das situações, e o diazepam, representando 22,5% dos casos.

Nordon et al. (2009) publicaram o estudo intitulado “Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária” (artigo 4). Teve como objetivo identificar as características do uso de BZDs e o perfil das usuárias destes na atenção primária. Realizado através de entrevistas, durante os meses de janeiro a dezembro de 2008, com mulheres maiores de 18 anos à espera de atendimento em uma UBS de Sorocaba-SP. Na época, a UBS oferecia atendimento a uma população de baixa escolaridade e baixa renda, contando com aproximadamente 14.000 pessoas e oferecia os serviços de ginecologia e pediatria, além da clínica geral.

Durante o estudo, foram entrevistadas 350 mulheres (correspondendo a 3% da população total atendida pela UBS). Do total, 46 das entrevistadas (13,14%) faziam uso de BZDs, havendo

uma significativa diferença em comparação aos dados internacionais (prevalência de cerca de 4% da população em geral).

Em relação a faixa etária, usavam BZDs, 2,7% das mulheres entre 18 e 29 anos; 7,8% das que estavam entre 30 e 39; 19,0% da faixa entre 40 e 49; 29,7% da faixa entre 50 e 59; 29,4% da faixa entre 60 e 69; e 18,8% da faixa acima de 70 anos. Mesmo abrangendo 200 das 350 (57%) das entrevistadas, a faixa etária entre 18 e 39 anos apresentou um número significativamente menor de uso de BZDs do que a faixa entre 50 e 69 anos ( $p < 0,001$ ).

Quanto ao estado civil, eram usuárias de BZDs, 17,7% das casadas; 9,8% das solteiras, 9,4% das viúvas e 5,4% das amigadas, havendo concordância com o estudo italiano de Veronese (2007). Porém, a hipótese de que mulheres em relacionamento estável (amigadas ou casadas) consomem uma quantidade maior de BZDs não foi estatisticamente significativa.

Em relação à escolaridade, faziam uso da medicação, 28,6% das analfabetas; 14,4% das que haviam estudado até a 8ª série; e 8% das que possuíam ensino médio ou superior. Assim sendo, o estudo apontou que mulheres analfabetas, significativamente, fazem maior uso de BZD em comparação às que têm maior escolaridade ( $p < 0,05$ ). Há, portanto, uma relação preocupante entre baixa escolaridade e o uso de BZDs, buscando-se de maneira errônea a solução de problemas psicossociais profundos.

Em relação à renda per capita, eram usuárias de BZDs, 14,2% das mulheres que contavam com uma renda de até 03 salários-mínimos e 3,8% das mulheres com 04 ou mais. Porém não houve dados estatisticamente significativos para afirmar que existe um maior uso de BZDs entre as mulheres com menor renda.

Quanto ao BZD utilizado, o diazepam correspondeu a 76,08% dos casos e o clonazepam a 8,68%, sendo que em 6,52% das situações havia uso concomitante dos dois. Em 8,72% dos casos foram citados outros BZDs. Em relação ao motivo do uso, 48,1% dos usuários apontaram a insônia como a principal causa; 39,5% a ansiedade; 8,6% a epilepsia e convulsões; 2,5% o tratamento de depressão; e (1,2%) o luto.

Além disso, (89,14%) dos usuários faziam uso da medicação por um período superior a 06 meses, sendo que este é indicado somente para o uso agudo, não devendo ser utilizado por períodos superiores a 3 ou 4 meses, devido à perda do efeito terapêutico contra insônia e ansiedade e pelo aumento das chances de efeitos colaterais.

Como prescritor inicial, o clínico geral foi responsável por 47,8% das prescrições, o psiquiatra por 37,0%, outros médicos por 10,9% e 4,4% iniciaram o uso por indicação de amigos ou parentes ou não lembram quem indicou. Quanto ao prescritor atual, o clínico geral foi o responsável pela maioria das prescrições (65,2%), seguido pelo psiquiatra (30,4%). Idealmente,

o psiquiatra deveria ser o prescritor inicial de tais fármacos, porém como trata-se de um estudo realizado na atenção primária, o médico generalista acaba prevalecendo.

Em relação às tentativas de descontinuação do tratamento, 91,3% das usuárias tentou interromper o uso, porém em apenas 31% dos casos houve sucesso na tentativa. A principal causa apontada como falha na tentativa de cessação do uso foi o reaparecimento dos sintomas presentes antes do início do tratamento.

Firmino et al. (2012) publicaram um estudo transversal (artigo 3), intitulado “Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais”. Com o objetivo de quantificar, entre os usuários das unidades de saúde da cidade em questão, o consumo de BZDs e se este consumo era baseado em indicações clínicas. Em 2004, a cidade de Coronel Fabriciano-MG contava um total de 102.588 habitantes e, desde 2002, possuía um sistema informatizado de controle de medicações que incluía o diazepam e o clonazepam. Tal sistema possuía aproximadamente 58.000 usuários cadastrados na época do estudo. Através de coleta retrospectiva, foram colhidos dados entre os meses de setembro e outubro de 2006. Após a coleta, foram selecionadas 1.866 receitas de BZD, das quais 1.114 (59,7%) eram de diazepam (10mg) e 750 (40,2%) eram de clonazepam (2mg).

Em relação ao gênero, houve uma maior prevalência entre as mulheres (fato esse observado em outros estudos) sendo que, do total de usuários, 1.387 (74,3%) eram do sexo feminino e 479 (25,7%) eram do sexo masculino. O estudo atribuiu essa diferença à maior busca por serviço de saúde pelas mulheres, devido a uma maior preocupação destas com a própria saúde. Além disso, o estudo realizado por Mastroianni et al. (2008) observou que, em várias partes do mundo, as propagandas de medicamentos (incluindo ansiolíticos e antidepressivos) utilizam personagens femininas, na maioria das vezes, podendo haver incentivo à prescrição para este gênero.

Quanto à faixa etária, 1.412 usuários (75,7%) se encontravam entre 16 e 60 anos de idade, 450 (24,1%) estavam com mais de 60 anos e apenas 04 (3%) possuíam menos de 16 anos. Assim, a idade média dos usuários era de 49,7 anos. Tal tendência está de acordo com a literatura, que demonstra prevalência elevada do uso de BZDs nas faixas de idade mais elevadas.

Quanto à posologia, em 1.597 das 1.866 receitas (85,6%) houve prescrição de apenas 01 comprimido diário, para ambas as medicações, mais de 01 comprimido em 212 receitas (11,4%) e menos de 01 comprimido em 57 receitas (3,0%). A baixa taxa de uso de menos de 01 comprimido ao dia pode significar a ausência ou ineficácia de protocolos para incentivo de diminuição do uso de BZDs. O tempo de tratamento variou de 14 dias a 54 meses, havendo um

tempo médio de 14,6 meses, sendo que 1.058 usuários (56,7%) utilizaram o BZD por um período superior a seis meses, configurando risco para surgimento de tolerância e dependência.

Em relação às prescrições, 80,1% das receitas foram emitidas por clínicos gerais, estes apresentam certas dificuldades em lidar com pacientes com doença mental ou encaminhá-los para atendimento especializado, 10,9% por cardiologistas, onde há boa documentação na literatura sobre uso de BZDs em casos de pacientes com hipertensão, 4,3% por neurologistas e apenas 0,2% por psiquiatras, onde a abordagem inadequada de pacientes com transtornos mentais com o uso de BZDs pode estar relacionada à pequena quantidade de psiquiatras no município do estudo, sendo as restantes, menos de 5,0%, emitidas por outras especialidades.

Em relação à indicação clínica, dos 1.866 usuários, foram selecionados 1.618 (os demais possuíam mais de uma indicação ou eram difíceis de agrupar). Destes 1.618 usuários, 546 (33,8%) usavam BZDs por seu efeito hipnótico, 392 (24,2%) pelo efeito ansiolítico, 159 (9,8%) para depressão, 354 (21,9%) por dependência ou uso crônico e 167 (10,3%) para distúrbios neurovegetativos. Além disso, 68,5% (1.109) das indicações foram consideradas inadequadas, sendo que os principais motivos de inadequação eram o uso contínuo prolongado como ansiolítico ou hipnótico, correspondendo a 33,5% (542) dos casos (a literatura enfatiza que o tempo de uso deve ser inferior a seis meses), seguida pelo uso por dependência/cronicidade, correspondendo a 21,9% (354) dos casos (o próprio serviço de saúde cria e sustenta a dependência).

Souza, Opaleye e Noto (2013) publicaram um estudo qualitativo (artigo 2), com o objetivo de compreender melhor as características do uso indevido de BZDs entre as mulheres. Intitulado “Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres”, o estudo definiu como indevido o uso de BZDs sem acompanhamento por profissional médico ou o uso por período superior a quatro semanas para o tratamento dos casos de ansiedade ou insônia.

No estudo, foram incluídas mulheres que residiam no Estado de São Paulo, que haviam usado BZDs para ansiedade ou insônia de maneira indevida no último ano, que não apresentavam evidentes distúrbios psiquiátricos ou cognitivos e que estavam na faixa etária entre 18 e 60 anos. Através de informantes-chave, líderes de comunidade, farmacêuticos ou psiquiatras, buscaram-se possíveis participantes que atendessem aos critérios de inclusão, chegando-se a um número final de 33 selecionadas. Após a seleção, as 33 participantes passaram por entrevista individual específica, com duração média de uma hora, realizada por uma única pesquisadora capacitada para tal fim.

Na análise dos dados das 33 entrevistas, observou-se que 20 das participantes (61%) pertenciam à classe social média. Quanto ao estado civil, 14 (42%) disseram ser solteiras, 13

(39%) casadas, 05 (15%) separadas e apenas 01 (03%) era viúva. Além disso, 24 delas (73%) afirmaram ser tabagistas ou ex-tabagistas e 23 (70%) referiram uso de bebidas alcoólicas, inclusive 12 haviam feito o uso durante o período de consumo do BZD.

Quanto ao tempo de uso do BZD, houve uma variação entre 50 dias e 37 anos, havendo uma mediana de 07 anos. Além disso, 28 (85%) faziam uso concomitante de outras medicações psicotrópicas além do BZD, sendo que os antidepressivos foram os principais relatados.

Em relação aos motivos para o uso, foram apontados, principalmente, ansiedade, insônia e problemas como angústia. Quanto ao profissional prescritor, 21 eram psiquiatras, 05 eram ginecologistas, 04 eram cardiologistas e 04 eram clínicos gerais. Das 33 mulheres, apenas 05 (15%) foram orientadas pelo médico prescritor sobre os possíveis efeitos colaterais do uso dos BZDs, demonstrando as falhas do sistema de saúde em relação à assistência farmacêutica. Assim, apenas 14 mulheres (42%) relataram perceber os riscos do consumo inadequado de BZDs, alguns casos já por experiência pessoal.

Quanto à percepção de dependência, 16 (48%) das entrevistadas se consideraram dependentes. Apesar disso, uma parte preferia a continuação do uso, por achar este necessário, indicando que a percepção dos riscos do uso indevido não foi suficiente para a cessação do uso. Do total de entrevistadas, 28 (85%) não pensavam em cessar o uso do BZD. O principal motivo apontado para a continuação do uso era o surgimento dos sintomas de retirada, insônia e ansiedade.

Lira et al. (2014) publicaram um estudo descritivo observacional (artigo 1), objetivando traçar o perfil epidemiológico do uso de BZDs entre os usuários de uma Unidade de Saúde de Família (USF) de Recife-PE. O estudo, intitulado “Perfil de usuários de benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde”, incluiu os usuários de BZDs, residentes na área de abrangência da USF, de ambos os sexos e maiores de 18 anos.

Os dados do estudo foram coletados a partir do banco de dados mantido pelas equipes que faziam acompanhamento dos usuários de psicotrópicos da região. A coleta ocorreu em novembro de 2011, a partir da análise de prontuários dos usuários de BZDs, excluindo-se aqueles que faziam uso concomitante de antipsicóticos. Ao todo, foram avaliados 84 prontuários de usuários de ansiolíticos presentes no banco de dados. Destes, 15 foram excluídos, pois 10 não tinham o BZD como ansiolítico, 02 não mais residiam na região, 02 haviam falecido e 01 possuía idade inferior a 18 anos. Portanto, foram incluídos na análise final os prontuários de 69 usuários.

Durante a análise, observou-se que 49 (71%) eram do sexo feminino e que a idade média era de 52,45 anos (variando de 22 a 105 anos de idade). Dados semelhantes foram descritos

anteriormente, em 2009, por Nordon et. al e em 2005 por Poyares. No entanto, a faixa observada por estes foi mais restrita (de 60 a 69 anos de idade), enquanto a do estudo de Recife foi mais ampla (de 50 a 69 anos).

Em relação à ocupação exercida, a maior parte (58,3%) desempenhava atividades do próprio ambiente familiar; 19,4% eram autônomos; 14,9% possuíam vínculo empregatício com direitos trabalhistas garantidos e recolhimento da Previdência Social, e 7,5% encontravam-se desempregados. Estudos anteriores demonstram que pacientes não inseridos no mercado de trabalho apresentam um maior sentimento de bloqueio social e maiores frustrações pessoais, havendo, portanto, uma maior prevalência de transtornos mentais nessa parte da população.

Além disso, 87% relataram nunca ter realizado qualquer tipo de atividade física até o momento da pesquisa e apenas 13% mantinham a prática de alguma atividade. Estudos demonstram uma tendência ao crescimento da insônia e da ansiedade em pessoas sedentárias. De acordo com o Ministério da Saúde (2007), a prática de atividades físicas ajuda no desenvolvimento das habilidades do sujeito e propiciam a autonomia deste e estilos de vida mais saudáveis.

Em relação ao BZD utilizado, o diazepam correspondeu a 31 (44,9%) dos casos, clonazepam a 27 (39,1%), bromazepam a 08 (11,6%), e lorazepam e alprazolam a 01 dos casos (1,4%) cada um. Quanto ao profissional que indicou o uso inicial do BZD, psiquiatras e neurologistas participaram de 29,4% dos casos, sendo que médicos generalistas ou de outras especialidades foram responsáveis por 66,2% das prescrições e 4,4% dos usuários faziam uso por conta própria.

Quanto ao tempo de uso, 63 (95,5%) dos usuários utilizaram o fármaco por 12 ou mais meses, sendo a média de uso de 56,08 meses (variando de 01 a 156 meses). Em relação ao uso terapêutico, 42,6% dos pacientes o faziam pelo efeito sedativo/hipnótico; 41,2% pelo ansiolítico; 8,8% para tratar sintomas de depressão; 5,9% pelo efeito antiepilético/anticonvulsivante e 1,5% para controle de dor. Observou-se ainda que 58% dos usuários conseguiam o fármaco em farmácias da rede pública, 40,6% compravam em farmácias varejistas e 1,4% conseguiam de outra forma.

#### 4.3 SÍNTESE DO CONHECIMENTO ACERCA DO PERFIL DOS USUÁRIOS DEPENDENTES DE BZD NA ATENÇÃO BÁSICA



A tabela abaixo sumariza os resultados obtidos em cada artigo avaliado de acordo com o questionamento norteador do trabalho: “Qual o perfil dos usuários crônicos de benzodiazepínicos que utilizam o serviço de saúde primário?”.

**Tabela 1** - Caracterização das publicações conforme o perfil dos usuários crônicos de BZD na atenção básica. LILACS (2004 a 2014)

ARTIGO/ ANO	RESULTADO
<i>1. Perfil de usuários de benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde. 2014</i>	Mulheres figuram como principais usuários (71%), e na faixa etária média de 52,45 anos. A respeito ao tipo de BZD prescrito e ao tempo de tratamento, os dados mostram que 94,5% usavam os de meia-vida longa por um período superior a 12 meses. O motivo predominante da prescrição foi ansiedade, seguido por insônia. E como visto também em outros estudos, a especialidade médica responsável pelo maior número de prescrição de BZD é composta pelos clínicos gerais.
<i>2. Contextos e padrões do uso indevido de Benzodiazepínicos entre mulheres. 2013</i>	As mulheres são o principal grupo de usuários, sem distinção quanto ao estado civil, grande parte delas já fez uso de outras substâncias de abuso, e que o uso indevido por tempo prolongado está atrelado à ausência de informações adequadas sobre os riscos do BZDs, mesmo sob supervisão médica. Ressalta a importância da orientação e acompanhamento adequados pelos profissionais de saúde.
<i>3. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. 2012</i>	A maior prevalência de consumo de BZDs foi vista nas mulheres e a faixa etária média foi de 49,7 anos, demonstrando prevalência elevada do uso de BZD nas faixas de idade mais elevadas. Mais da metade da população estudada utilizou o BZD por um período superior a seis meses aumentando o risco para surgimento de tolerância e dependência. Em relação às prescrições, a maioria foi emitida por médicos generalistas, como hipnótico, ansiolítico e antidepressivo, sendo que a maioria das indicações foram inadequadas devido ao uso crônico e por gerar dependência.
<i>4. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária, São Paulo. 2009</i>	O uso crônico foi prevalente em mulheres na faixa etária entre 50-69 anos, com relacionamento estável e analfabetas. O maior motivo de utilização foi insônia, seguido por ansiedade, convulsões e epilepsia. O diazepam foi a droga mais prescrita, a segunda foi o clonazepam. Em relação ao médico prescritor o generalista lidera, seguido pelo psiquiatra. Essa característica da prescrição pelo clínico geral se dá muitas vezes pela renovação da receita anterior.

5. *Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). 2008*

Evidencia que a maior prevalência do uso de BZDs pelo sexo feminino e idade média de 69,3 anos, mostrando que o tempo de uso contínuo de BZD na maioria dos casos foi superior a um ano. Quanto à função terapêutica, a principal indicação foi como ansiolítico, seguido pelo efeito anticonvulsivante e hipnótico/sedativo, sendo as drogas mais prescritas o bromazepam e diazepam.

6. *Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. 2007*

A maior parte dos usuários crônicos de diazepam eram mulheres, casadas, pertencentes às classes C e D, com idade média de 57,6 anos. Tendo como indicações clínicas prevalentes para o uso do diazepam o nervosismo e a insônia, sendo este último o principal motivo da manutenção do uso. O estudo também mostrou que o médico generalista é o principal prescritor, e que muitas vezes repete a prescrição antiga sem nenhum critério terapêutico formal, aumentando assim o risco de dependência.

7. *Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. 2005*

Traça dois perfis em relação aos usuários de BZDs: um composto por idosos, que buscam o efeito hipnótico; e outro por indivíduos de meia-idade, em geral do sexo feminino, que buscam o efeito ansiolítico. A prescrição médica contribui na manutenção do uso crônico de BDZs, problema este que se agrava com as falhas no processo de dispensação dos BDZs. O estudo aponta para a necessidade de melhor formação e atualização dos profissionais, assim como de informação dos usuários e medidas de prevenção primária.

8. *Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos, 2004*

Avalia a qualidade da orientação médica sobre esses efeitos colaterais gerados pelos BZDs. A orientação sobre um efeito colateral foi dada somente a 40% dos pacientes. A orientação que predominou foi a de não consumir BZD com álcool (85%). Segundo o artigo, a orientação médica está distante da ideal, sendo apenas a interação com o álcool bem citada. O déficit na orientação médica e o uso elevado de BZD indicam um descaso dos médicos em relação a esse efeito indesejável.

---

Fonte: pesquisa direta (2014).

Essa revisão foi composta por artigos com níveis de evidência II, III e IV. Todos os artigos tiveram a caracterização da população usuária de BZDs como tema principal. Trata-se de estudos de coorte de base populacional prospectivos, estudos transversais retrospectivos e estudos descritivos com análises quantitativas e qualitativas.

Os estudos mostraram que o perfil dos usuários de BZDs na atenção primária é, prevalentemente, composto por mulheres de meia idade (entre 50 e 60 anos), não parecendo

haver relação com o estado civil, não houve discrepância significativa quanto ao uso de BZD entre solteiras e casadas, pertencentes às classes econômicas com baixo poder aquisitivo. Salienta-se como uma limitação dos estudos a ausência de análise de indivíduos pertencentes às classes econômicas mais favorecidas que utilizam menos a rede de saúde da atenção primária.

Os resultados encontrados parecem ter como explicação o fato das mulheres procurarem com maior frequência os serviços de saúde, pois, geralmente, são elas as responsáveis por cuidar da saúde dos integrantes da família. Há uma grande quantidade de propagandas publicitárias mostrando essa população como a grande parte de usuários desses psicotrópicos, influenciando a conduta dos profissionais prescritores. Corroborando a essas estatísticas, existe o fato de a expectativa de vida das mulheres ser maior em relação ao homem, ocasionando uma maior quantidade de desordens físicas ligadas à saúde inerentes ao envelhecimento, gerando efeitos psicológicos importantes. Em relação aos fármacos mais prescritos, destacam-se os de meia-vida longa. Em ordem de prevalência, encontra-se o diazepam, como o principal BZD utilizado, seguido pelo clonazepam e bromazepam; isso pode ser explicado pela disponibilidade de distribuição desses psicotrópicos pela rede de saúde básica mediante prescrição médica. Quanto ao tempo médio de uso, houveram divergências entre os artigos. No entanto, todos tiveram em comum o fato de que os indivíduos analisados fizeram uso do BZD, em média, por mais de 6 meses.

Salientando que, dentre as especialidades médicas, destacam-se os médicos generalistas como os principais prescritores de BZDs, seguidos pelos psiquiatras, neurologistas e cardiologistas. Em relação ao motivo da prescrição inicial, as principais indicações foram como ansiolítico e hipnótico. O medo em relação à recidiva dos sintomas de insônia e o surgimento de sintomas de abstinência como irritabilidade, agitação psicomotora, ansiedade, sudorese e/ou taquicardia foram relatados como os principais motivos de manutenção da medicação por tempo prolongado em relação ao tratamento inicial. Os estudos mostraram que pessoas idosas, do sexo feminino, aposentadas ou inativas possuem maior risco de desenvolver sintomas de insônia e ansiedade, favorecendo o uso crônico de BZD. Foi visto, também, que indivíduos com uso prévio ou concomitante de outras classes de psicotrópicos ou substâncias de abuso como álcool, tabaco e drogas ilícitas são mais susceptíveis à dependência farmacológica.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É muito comum, na prática médica, a prescrição de medicamentos controlados. Dentre eles, os BZDs formam a principal classe de psicotrópicos prescritos. É sabido, também, que estes medicamentos apenas são dispensados, pelas farmácias, mediante prescrição médica. No entanto, o que percebemos é uma verdadeira prática de consumo por parte de pessoas dependentes dessas medicações, mesmo com as dificuldades de aquisição impostas pelo sistema, como a necessidade de receituários especiais e consultas especializadas.

Na análise dos artigos, percebemos que os dependentes, muitas vezes, falham em controlar ou reduzir o uso dessas drogas e até mesmo em perceber que o uso prolongado traz efeitos deletérios à saúde. Muito disso se deve à escassez de orientação dada pelo profissional de saúde aos usuários durante a prescrição da medicação; à falta de experiência do médico generalista de lidar com a saúde mental ou à dificuldade de encaminhar os usuários aos especialistas em saúde mental, além da falta de suporte dos Centros de Atenção Psicossocial.

No Brasil, o que se vê são estudos pontuais em regiões de populações de características heterogêneas. São necessários estudos amplos, controlados, de relevância científica que evidenciem as causas e os fatores de risco para a dependência farmacológica em grandes populações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTINO S. ; MOREIRA FILHO, P.F. **Benzodiazepínicos: Atualidades.** RBM-ORL 2000.
- ALVARENGA, J. M.; FILHO, A. I. L.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.; UCHOA, E. **Prevalence and sociodemo-graphic characteristics associa-ted with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS).** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 30, n. 1, pp. 7-11, Mar. 2008.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – dsm-5** (5th. ed.). Washington: American Psychiatric Association (APA), 2013.
- ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. **Medicina Baseada em Evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática.** *Revista da Imagem*, v. 20, n. 1, p. 5-9. jan./mar. 2004
- AUCHEWWSKI, L et al. **Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos –** *Revista brasileira de Psiquiatria* 2004;26, 24 – 31. São Paulo - SP
- AUCHEWSKI, L.; ANDREATINI, R.; GALDURÓZ, J. C. F.; LACERDA, R. B. **Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 26, n. 1, pp. 24-31, 2004.
- AUTHIER N, Boucher A, Lamaison D, Llorca PM, Descotes J, Eschalier A. **Therapie. Second meeting of the French CEIP (Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance). Part II: benzodiazepine withdrawal. 2009** Nov-Dec;64(6):365-70. doi: 10.2515/therapie/2009051. Epub 2009 Dec 23.
- BENEFIELD, L. E. **Implementing evidence-based practice in home care.** *Home Healthcare Nurse*, Baltimore, v. 21, n. 12, p. 804-811, Dec. 2003.
- BERNIK, M. A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência.** São Paulo: EDUSP, 29-43, 1999.
- BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. Método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em:< <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/viewFile/1220/906> >. Acesso em: 09 de dezembro de 2014.
- BROOME, M. E. **Integrative literature reviews for the development of concepts.** In: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. Revisão sistemática e meta-análise. 2006. Disponível em:<[www.metodologia.org/meta1.PDF](http://www.metodologia.org/meta1.PDF)>. Acesso em: 12 de setembro. 2014.
- BRUNTON LL, Chabner BA, Knollmann BC. **As bases farmacológicas da terapêutica Goodman & Gilman.** Porto Alegre: Artmed, McGraw Hill; 2102.
- CHARNEY, D. S.; MIHIC S. J.; HARRIS, R.A. Hipnóticos e sedativos. In: Goodman AG, Hardman JG, Limbird LE, organizadores. **Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica.** 10 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006.

COCHRANE Library [base de datos en CDROM]. **The Cochrane Collaboration**; Número 1. Oxford: Update Software; 1999. Atualizada trimestralmente.

DIAS, R. C.; DIAS, J. M. D. **Prática baseada em evidências: uma metodologia para a boa prática fisioterapêutica**. Fisioterapia em movimento, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 11-16, 2006. Disponível em: <[www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=201&dd99=pdf](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=201&dd99=pdf)>. Acesso em: 07 de dezembro de 2014.

FERNÁNDEZ A T, Gómez C. M. J, Baidés M. C, Martínez F. J. **Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria**. [Factors that affect the prescription of benzodiazepines and actions to improve their use: a Delphi study of primary care doctors]. Aten Primaria. 2002;30(5):297-303.

FIRMINO, K. F.; ABREU, M. N. G.; PERINI, E.; MAGALHÃES, S. S. **Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais**. *Ciência e saúde coletiva*, vol. 17, n. 1, p. 157-166, Jan 2012.

FORSAN, M.A.; **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. Campos Gerais/ MG, 2010.

GALDUROZ JCF, NOTO AR, CARLINI EA., editors. **IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, AFIP, Abifarma, Confen; 1997.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; MENDES, I.A.C. **A busca das melhores evidências**. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>>. Acesso em: 07 de dezembro de 2014.

GUYTON, A. C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2006.

KAPCZINSKI F, Amaral OB, Madruga M, Quevedo J, Busnello JV, de Lima MS. **Use and misuse of benzodiazepine in Brazil: a review**. Subst Use Misuse. 2001;36(8):1053-69.

KLOPPER, R.; LUBBE, S.; RUGBEER, H. **The matrix method of literature review**. Alternation, Cape Town, v. 14, n. 1, p. 262-276, 2007.

LIRA, A. C.; LIMA, J. G.; BARRETO, M. S. C.; MELO, T. A. G. **Perfil de usuários de benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde**. *Revista de APS* vol. 17, n. 2, pp. 223-228, Abr/Jun 2014.

LOPES, P. C. S.; PRADO, S. R. L. A.; COLOMBO, P. **Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar**. Rev Bras Enferm, v 63, n 1, p 73 – 78, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000100012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 de dezembro de 2014.

MASTROIANNI P C, VAZ ACR, NOTO AR, GALDARÓZ JCF. **Análise do conteúdo de propagandas de medicamentos psicoativos**. Rev Saude Publica 2008; 42(5):968-971.

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

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018)>. Acesso em: 22 de dezembro de 2014.

MENDONÇA *et al.* **Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes**. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.95-106, 2008

MENDOÇA, R T.; CARVALHO, A. C. D. **O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog. (Ed. Port.). Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, agosto 2005.

MINAS GERAIS. Secretária de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental: saúde em casa**. 2. ed. Belo Horizonte: 2007. p. 162 a 179.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº. 344 regulamenta o uso de medicamentos sujeitos a controle especial**. 2007. Disponível em:<<http://www.e-legis.anvisa.gov.br>> Acesso em: 02 de dezembro de 2014.

NOMURA, K. *et al.* **Regular prescriptions for benzodiazepines: A Cross- Section I study of outpatients at University Hospital**. *Intern. Med*, Tokyo, v. 45, n. 22, p. 1279-1282, 2006.

NORDON, D. G.; AKAMINE, K.; NOVO, N. F.; HUBNER, C. K. **Prescrição de Benzodiazepínicos por clínicos gerais, São Paulo – SP, 2009**.

NOTO AR, CARLINI EA, MASTROIANNI PC, ALVES AC, GALDURÓZ JCF, KUROIWA W, CSIZMAR J, COSTA A, FA-RIA MA, HIDALGO SR, ASSIS S, NAPPO SA. **Análise de prescrições e dispensação de medicamentos em duas cidades no estado de São Paulo, Brazil**. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(2):68-73.

OCEBM. The Oxford 2011 Levels of Evidence. **In: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine**. Centre for Evidence-Based Medicine. Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>. Acesso em 01 janeiro. 2015.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R.. **Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chaves no município de São Paulo**. *Ver. Latino-Am Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 13, n. spe, set-out. 2005.

POYARES, D., OHAYON, M.M.; GUILLEMINAULT, C.; TUFIK, S.; **Chronic benzodiazepine usage and withdrawal in insomnia patients**. *Journal of Psychiatric research*, v.38, p.327-334, 2005.

RIBEIRO, C. S.; AZEVEDO, R. C. S.; SILVA, V. F.; BOTEGA, N. J. **Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern**. *São Paulo Medical Journal*, vol. 125, n. 5, pp. 270-274, Set. 2007.

ROSENBAUM JF. **Attitudes toward benzodiazepines over the years.** *J Clin Psychiatry.* **2005;66 Suppl 2:4-8.**

SILVA AB. **Medicina do sono.** In: do Prado FC, Ramos J, do Valle JR. Atualização Terapêutica. 23<sup>a</sup> edição. São Paulo: Artes Médicas; 2007.

SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. N. **Contextos e padrões do uso indevido de Benzodiazepínicos entre mulheres.** *Ciência e saúde coletiva*, vol. 18, n. 4, pp. 1131-1140, Abr 2013.

SPITZ, L.; BRASIL, M.A.O. **Uso dos Benzodiazepínicos na Prática Clínica.** Revista Residência Médica, Rio de Janeiro, RJ, Volume 10, 2007.

STRAUSS, S. (2005). **Teaching as a natural cognitive ability:** Implications for classroom practice and teacher education. In D. B. Pillemer & S. H. White (Eds.), *Developmental psychology and social change: Research, history, and policy* (pp. 368–389). New York, NY: Cambridge University Press

SWEETMAN SC. **Martindale: the complete drug reference.** 34<sup>th</sup> Ed. London: Pharmaceutical Press; 2005

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório:** revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VILAS BOAS, O. M. G. C. et al. *Farmacologia.* Alfenas: EFOA/CEUFE, 2004. P. 3 e 5.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, Dec. 2005.

XAVIER, I.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações:** uma revisão de literatura. Belo Horizonte, 2010. Universidade Federal de Minas Gerais.



## ANEXO

ANEXO1 Exemplo de instrumento para coleta de dados (validado por Ursi, 2005)

<b>A. IDENTIFICAÇÃO</b>	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome _____ Local de trabalho _____ Graduação _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
<b>B. INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO</b>	
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Universidade <input type="checkbox"/> Centro de pesquisa <input type="checkbox"/> Instituição única <input type="checkbox"/> Pesquisa multicêntrica <input type="checkbox"/> Outras instituições <input type="checkbox"/> Não identifica local	
<b>C. TIPO DE PUBLICAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Publicação em enfermagem <input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outra área da saúde. Qual? _____	
<b>D. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO</b>	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção <input type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra _____ 3.2 Tamanho (n) <input type="checkbox"/> Inicial _____ <input type="checkbox"/> Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M ( ) F ( ) Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados	

5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim ( ) não ( ) 5.4 Instrumento de medida: sim ( ) não ( ) 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	
<b>E. AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO</b>	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	