

# AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA FARMÁCIA MAGISTRAL DA CIDADE DE PARANAÍ (PR)

## Karina Daniela da Silva

Farmacêutica Generalista pela Universidade Paranaense (UNIPAR), Paranaíba (PR), Brasil.

## Romir Rodrigues

Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá (PR), Brasil; Docente adjunto da Universidade Paranaense (UNIPAR), Paranaíba (PR), Brasil.

**RESUMO:** Os benzodiazepínicos (BZD) são fármacos de prescrição e dispensação restrita, utilizados em casos de convulsões, insônia e ansiedade. Nestes dois últimos casos o tratamento não deve ultrapassar quatro semanas, no entanto, sua utilização é por muitas vezes inadequada, o que tem despertado preocupação na área de saúde pública. O presente estudo tem como objetivo avaliar a existência de uso prolongado/dependência de BZDs na cidade de Paranaíba (PR), traçar o perfil de usuários e avaliar os prescritores quanto à especialidade. Para tanto foram analisadas 362 notificações de receitas B1 retidas em uma farmácia de manipulação, e os dados dos pacientes como idade e sexo foram obtidos no sistema informatizado da própria farmácia durante o ano de 2012. Observou-se que as mulheres acima de 55 anos são as detentoras da maioria das prescrições. A dependência foi encontrada em 43,27% dos casos e o profissional que mais prescreveu BZDs foi o clínico geral, totalizando 56,45% das prescrições, enquanto que o fármaco mais prescrito foi o alprazolam. Os resultados confirmam o uso irracional dos benzodiazepínicos, principalmente entre os idosos, o que se deve em parte pela falta de conhecimento farmacológico apropriado por parte dos prescritores que em sua maioria são clínicos gerais. Conclui-se que são necessários programas de educação médica continuada que conscientizem tanto os profissionais da saúde quanto a população sobre o uso racional destas drogas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Benzodiazepínicos; Clínicos Gerais; Dependência; Mulheres Idosas.

## ASSESSING PRESCRIBED BENZODIAZEPINE IN A DISPENSING PHARMACY IN PARANAÍ, BRAZIL

**ABSTRACT:** Benzodiazepine (BZD), taken in cases of convulsion, insomnia and anxiety, are prescribed drugs and their dispensation is restricted. Although in the case of the last two cases treatment with these drugs should not exceed four weeks, their use is frequently inadequate and has given much concern to public health authorities. Current analysis evaluates the prolonged use and dependence of BZDs in Paranaíba PR Brazil, describes users and evaluates prescribers with regard to their specialty. Further, 362 notifications on prescription B1 in a dispensing pharmacy were analyzed and the patients' data, such as age and gender, were retrieved from the digitalized system of the pharmacy for 2012. Females over 55 years old detained most prescriptions and dependence occurred in 43.27% of cases. The general physician was the professional who prescribed BZDs, mostly alprazolam, with 56.45% of prescriptions. Results confirmed abuse in benzodiazepines, especially among the elderly, perhaps due to lack of pharmacological knowledge by prescribers most of whom were general physicians. Programs for continuous medical education are required to

make aware health professionals and the population on a more rational use of the drugs.

**KEY WORDS:** Benzodiazepine; General Physicians; Dependence; Elderly Women.

## INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos (BZD) foram introduzidos no mercado a partir da década de 1960 para tratamento de transtornos de ansiedade. O primeiro composto do grupo dos BZD a ser utilizado foi o clordiazepóxido em 1961, uma de suas principais características era a baixa capacidade de produzir depressão fatal no Sistema Nervoso Central (SNC), sendo um dos motivos para sua rápida aceitação no mercado (GOODMAN; GILMAN, 2003).

Os BZDs estão entre os fármacos mais prescritos no mundo, estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de tal substância, sendo que um em cada dez adultos recebem ao menos uma prescrição ao ano, e esta geralmente é feita por clínicos gerais (CASTRO et al., 2013; NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008). Guedes e Carvalho (2009) demonstraram um aumento na dispensação de BZDs em Portugal entre os anos de 2000 e 2006; coincidentemente há outro estudo realizado no Chile, por Yates e Catril (2009), que comparou o consumo de BZDs na década de 80 com o realizado nos anos de 2003 e 2007, no qual também evidenciou-se aumento no consumo.

Segundo o Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC (Sistema Nacional de Gerenciamento de Psicotrópicos), publicado em 2011 pela ANVISA, o consumo de clonazepam passou de 29.463 UFD (Unidades Físicas Dispensadas) em 2007 para 10.590.047 UFD em 2010. E dentre os cinco princípios ativos mais dispensados entre 2007 e 2010 no Brasil, os três primeiros são BDZs (clonazepam, bromazepam, e alprazolam) (BRASIL, 2011). No Brasil, aproximadamente 4% da população fazem uso indevido de benzodiazepínicos, especialmente as mulheres (MENDONÇA, 2013; SOUZA, 2013).

Segundo Foscarini (2010) e Almeida, Coutinho e Pepe (1994), o clínico geral é o profissional mais atuante

em saúde mental no Brasil, o que pode indicar o consumo indiscriminado e inadequado dos BZDs. Firmino (2011) constatou em sua pesquisa que 80,1% das prescrições de BZDs analisadas tinham sido emitidas por clínicos gerais. Ferrari et al. (2013), em estudo realizado em Pontal do Araguaia (MT), apontaram que 61% das prescrições de BZDs durante o ano de 2010 foram efetuadas por clínicos gerais. Os estudos revelam a falta de preparo dos médicos diante da prescrição de psicotrópicos, o que deveria ser o contrário, pois o médico tem papel fundamental na promoção de uma correta orientação ao paciente, alerta sobre efeitos colaterais e dependência.

Em relação às orientações sobre efeitos adversos, em pesquisa realizada por Auchewski et al. (2004), com a participação de 120 pacientes que procuraram farmácias de Curitiba (PR), 13% relataram ter sido orientados pelo médico sobre três tipos principais de efeitos colaterais; 27% a respeito de dois; 40% a respeito de pelo menos um; enquanto que 19% não receberam nenhuma orientação. As orientações foram: não beber (85%); cuidado ao operar máquinas e dirigir veículos (46%); e uma última orientação sobre o risco de dependência (31%).

Tanto os efeitos farmacológicos, como os efeitos adversos dos BZDs estão intrinsecamente relacionados ao tempo de meia-vida destes fármacos. Os BZDs são classificados de acordo com sua meia-vida plasmática em fármaco de ação muito curta, curta, intermediária e longa. O tempo de meia-vida está diretamente relacionado às atividades farmacológicas: sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. Os fármacos em si ou seus metabólitos que têm um tempo de meia vida longo, têm maior probabilidade de causar efeitos cumulativos e residuais como a sonolência (KOROLKOVAS; ALBUQUERQUE; FRANÇA, 2010).

Em relação ao mecanismo de ação, os BZDs agem ligando-se ao receptor GABA (Ácido Gama Amino Butírico). O GABA é um complexo protéico mediador da principal atividade inibidora neural. As cinco subunidades protéicas que compõem o GABA formam um canal que atravessa a membrana plasmática do neurônio pelo qual atravessam íons cloreto. Ao ligar-se a esse receptor, os BZDs aumentam sua afinidade pelo neurotransmissor GABA, levando ao aumento da frequência de abertura do canal de íons. O influxo de cloretos na célula gera

hiperpolarização da membrana plasmática neural, diminuindo sua capacidade de excitação. A absorção depende da lipossolubilidade de cada fármaco, o que marcará o início de sua ação. Os BZDs atravessam facilmente por difusão simples as barreiras biológicas, sendo assim, também a barreira hemato-encefálica (RANG; DALE, 2012).

Apesar de sua baixa toxicidade e segurança, em relação aos barbitúricos, apresentam potencial tóxico e dependência aos seus usuários (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008). Embora as recomendações para uso de BZDs com prescrição sugiram que a duração do tratamento se limite a apenas algumas semanas, os estudos indicam que o uso de tais medicamentos ocorra por meses, anos e até décadas. Entre suas principais indicações incluem o tratamento de distúrbio do sono, diminuição da ansiedade e questões cotidianas como, por exemplo, traumas pessoais e perda de entes queridos (NOTO et al., 2002; SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

O consumo crescente de BZDs pode estar relacionado com turbulência vivida nas últimas décadas. O estresse e a conseqüente fragilidade da humanidade em tolerar tanta pressão, a introdução de novas drogas, a intensa pressão propagandística da indústria farmacêutica e ainda hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos, são fatores que podem estar relacionados com o aumento da procura por BZDs, podendo levar à dependência (SILVA et al., 2005).

Para o desenvolvimento da dependência aos BZDs, são apontados vários fatores, como repetição da prescrição médica, tempo de uso, dose diária, ausência e orientações sobre efeitos colaterais. Em duas cidades de São Paulo estudou-se a prescrição e dispensação de psicotrópicos, onde detectou-se a existência de prescrições que foram repetidas mais de 12 vezes por ano, isso indica um número maior de receita mensal por paciente (NOTO et al., 2002).

O tempo de uso e a dose diária são importantes fatores condicionantes da dependência. A partir do terceiro mês de uso até 12 meses, aumenta de 10% a 15% o risco de dependência, e por mais de 12 meses aumenta entre 25% a 40% (AUCHEWSKI et al., 2004). Inclusive, Souza et al. (2013) postulam que a dependência de BZDs é muito pior que a dependência causada pelos canabinóides.

Quando um BZD é escolhido como forma de tratamento, deve-se analisar que o uso prolongado dessas substâncias (mais de seis meses), tem como complicações, além do risco de dependência física e psíquica, os efeitos sócio-econômicos como, por exemplo, maior risco de acidentes (domésticos, ocupacionais, de tráfego), aumento das tentativas de suicídio, redução da capacidade de trabalho, entre outros (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008). Portanto, o consumo de BZDs pode estar associado a alguns problemas de saúde e segurança pública, como a diminuição da atenção, concentração, coordenação motora e raciocínio, o que torna o uso desses fármacos arriscado para a segurança no trânsito, que ainda pode ser potencializado pelo uso concomitante de álcool (COUTINHO et al., 2011).

Tanto médicos quanto pacientes relatam que os BZDs são os medicamentos mais difíceis de interromper seu uso, comprovado por pesquisas, que indicam que 50% dos pacientes que interromperam o tratamento com BZDs, reiniciaram o uso após um ano (TELLES FILHO, 2011).

Quando da tentativa de suspensão do uso de BZD, os sintomas de abstinência (tremores, sudorese, insônia, irritabilidade, inquietação, pesadelos, delírios) descritos por Nastasy, Ribeiro e Marques (2008), podem ser interpretados pelo médico como agravamento do quadro clínico, tendo como conseqüência a restituição do tratamento. Nesse intervalo de tempo, o paciente desenvolve tolerância aos efeitos farmacológicos, o que induz ao médico aumentar a dosagem, levando assim a um círculo vicioso de dependência (MOTA, 2011).

Com relação aos usuários, existem vários estudos que demonstram a existência de dois perfis, já bem definidos para o uso de BZDs: mulheres e idosos. Para Orlandi et al. (2005), cada um desses dois grupos busca efeitos diferentes: idosos procuram efeito hipnótico e sedativo, enquanto que mulheres buscam o efeito ansiolítico. Dentre diversos estudos, um realizado por Silva et al. (2005), em drogarias do setor central de Goiânia, apontou que 68,92% dos usuários de BZDs eram mulheres, enquanto que a prevalência do uso de tais fármacos por idosos também é alta (52,7%) (SILVA et al., 2005 apud NORDON et al., 2009).

Em Natal (RN), a grande maioria das prescrições recebidas por farmácias de manipulação (83,5%) foram destinadas às mulheres e, desse total, 75,6% eram prescrições de ansiolíticos como o alprazolam (NAPPO et al., 2010). A necessidade de sua presença no mercado de trabalho não isenta a mulher de sua responsabilidade perante as tarefas de casa, o lar e a família, sendo, portanto, mais suscetível a sintomas de ansiedade (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

Segundo Mendonça e Carvalho (2005), as donas de casa e mulheres aposentadas (sem inserção no mercado de trabalho) são mais aptas a receberem prescrições de BZDs. Para Silva et al. (2005), o maior consumo de BZDs por mulheres atribui-se ao fato delas serem o maior grupo de consumidores das farmácias, corroborando com a idéia de Firmino et al. (2011), que atribuem o uso de BZDs por mulheres devido à sua maior preocupação com a saúde, e maior prevalência de ansiedade e depressão.

Vários autores concluem que o perfil de usuários de BZDs são mulheres idosas, geralmente acima da faixa de 50 anos (FIRMINO et al., 2011; MATTIONI et al., 2005; SOUZA et al., 2013; TELLES FILHO et al., 2011). O consumo de BZDs por idosos está relacionado ao fato do envelhecimento ser acompanhado pelo aparecimento de transtornos do sono, depressão, ócio pela aposentadoria e das doenças neurológicas degenerativas (CHAIMOWICZ; FERREIRA; MIGUEL, 2000).

Um fator que deve ser considerado no momento da prescrição para idosos é o fato de os mesmos terem alterações fisiológicas que potenciam a adversidade dos fármacos, e também a própria polimedicação utilizada por essa faixa etária, que pode levar a uma exponencial interação medicamentosa e potencial causa de PRMs (Problemas Relacionados à Medicação) (SANTOS; ALMEIDA, 2010). No entanto, não é isso que se observa na pesquisa realizada por Nordon e Hubner (2009), que revela o uso de BZDs por 48,2% dos pacientes idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de Sorocaba (SP), e a de Pizzol, Granza e Bastos (2004), realizada com idosos hipertensos e diabéticos na cidade de Passo Fundo (RS), que constatou o uso de BZDs por 56,2% da população idosa.

Tais dados registrados pela literatura reforçam que o uso abusivo e a dependência são consequências das más prescrições e ineficientes orientações, tanto de profissionais de medicina como farmacêuticos (FOSCARINI, 2010).

Nesse contexto, a proposta desse estudo foi avaliar a existência de uso prolongado/dependência de BZDs, bem como traçar o perfil de usuários e avaliar os prescritores quanto à especialidade, focando a promoção à saúde e o uso racional de tais medicamentos.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, retrospectivo (coorte histórica) no qual os dados foram obtidos através da análise do sistema informatizado (*Smarth Phar*) de uma farmácia de manipulação da cidade de Paranavaí (PR), através da análise das notificações de receita B1 retidas nesta farmácia, em cumprimento à Portaria 344/98 da ANVISA.

Os dados referentes à especialidade médica foram extraídos do site do Conselho Federal de Medicina (CFM), disponível em <http://portal.cfm.org.br>.

Foram analisadas 500 notificações de receita B1 no período de janeiro a dezembro de 2012; no entanto, apenas 362 interessavam ao estudo, pois eram prescrições de BZDs, as outras referiam-se a barbitúricos e anorexígenos.

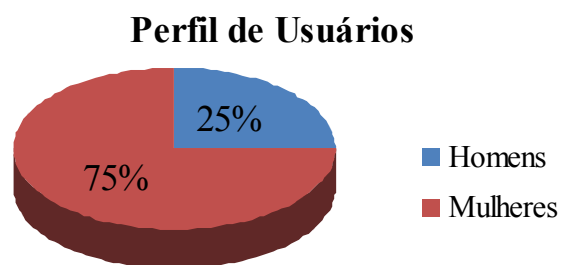
Nas prescrições B1, foram coletados dados como prescritor, fármaco, dose e posologia. No sistema informatizado (*Smarth Phar*) analisou-se a idade, sexo e tempo de uso dos BZDs.

Para avaliar o uso prolongado e contínuo, estipulou-se como superior a seis meses, de acordo com o especificado pela literatura pesquisada (KOROLKOVAS; ALBUQUERQUE; FRANÇA, 2010; RANG; DALE, 2012).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Paranaense (UNIPAR), em 09 de maio de 2013, registrada sob o nº 277.297. Dispensou-se o uso do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), pelo fato da amostra ser obtida com dados informatizados e de notificações de receitas B1 retidas na farmácia, sem contato com os pacientes.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período especificado, foram analisadas 362 prescrições de benzodiazepínicos, tais prescrições pertenciam a 104 pacientes. Observou-se que 75% (78) eram do sexo feminino, enquanto que os outros 25% (26) eram do sexo masculino, conforme Figura 1.



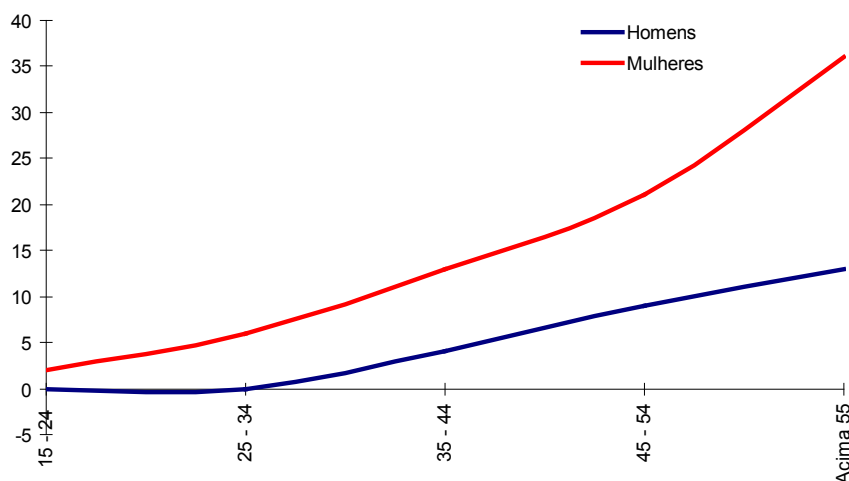
**Figura 1.** Distribuição da frequência entre os sexos nos 104 usuários de benzodiazepínicos atendidos em uma farmácia de manipulação em Paranavaí (PR), no período de janeiro a dezembro de 2012.

Em relação às repetições de prescrições B1, dentro dos critérios deste estudo, 43,27% (45) pacientes faziam uso prolongado, destes 73,33% (33) eram mulheres e 26,67% (12) homens.

Ao avaliar as idades dos 26 pacientes masculinos usuários de BZD, no período estudado, não houve prescrições entre 15 a 34 anos, já a partir de 35 a 44 anos, tivemos 3,85% (04) prescrições, de 45 a 54 anos registrou-se 8,65% (09), e acima de 55 anos obtivemos 12,5% (13) das prescrições.

Em relação aos 78 pacientes do sexo feminino, observamos que 1,92% (02) pertencem à faixa etária de 15 a 24 anos, 5,77% (06) de 25 a 34 anos, 12,50% (13) de 35 a 44 anos, 20,19% (21) de 45 a 54 anos e 34,62% (36) acima de 55 anos. Enaltece-se que 31,61% (25) das mulheres dominam o número de prescrições, sendo esta diretamente proporcional ao aumento de idade, conforme demonstrado na Figura 2.

Durante a avaliação das prescrições, foi



**Figura 2.** Distribuição da faixa etária entre os sexos em 104 usuários de benzodiazepínicos atendidos em uma farmácia de manipulação em Paranavaí (PR), no período de janeiro a dezembro de 2012.

constatado que as mesmas foram confeccionadas por 62 médicos cadastrados no Conselho Federal de Medicina. Entre os 62 médicos, apenas 6,45% (4) eram especialistas da área (psiquiatria e neurologia), ao passo que 37,10% (23) pertencem a outras especialidades médicas, enquanto 56,45% (35) são clínicos gerais. Os dados estão discriminados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição dos 62 prescritores de benzodiazepínicos, por especialidade médica, atendidas em uma farmácia de manipulação de Paranavaí (PR), no período de janeiro a dezembro de 2012

<i>Especialidade</i>	<i>Número de prescritores</i>	<i>Prescritores em %</i>
Clínico Geral	35	56,45
Cardiologista	6	9,67
Ginecologista	6	9,67
Psiquiatra	3	4,83
Endocrinologista	3	4,83
Nutricionista	3	4,83
Geriatra	2	3,22
Neurologista	1	1,60
Ortopedista	1	1,60
Reumatologista	1	1,60
Dentista	1	1,60

Entre as 362 prescrições, apenas 30,1% (109) foram realizadas por especialistas e o único BZD que teve 100% de prescrições feitas pelo único especialista foi o midazolam. A maioria das prescrições, 69,9% (253), foi realizada por clínicos gerais ou de outras especialidades.

Em relação aos 362 BZDs prescritos, 20,45% (74) correspondiam ao alprazolam; 20,17% (73) ao clonazepam; 18,50% (67) ao diazepam; 16,57% (60) ao bromazepam; 9,40% (34) ao lorazepam; 8,56% (31) ao clordiazepóxido; 4,15% (15) ao cloxazolam; e 2,20% (08) ao midazolam, conforme descrito na Tabela 02.

**Tabela 2.** Distribuição das 362 prescrições de benzodiazepínicos manipulados em uma farmácia de manipulação em Paranavaí (PR), no período de janeiro a dezembro de 2012.

<i>Fármaco</i>	<i>Nº de prescrições</i>	<i>Prescrições em %</i>
Alprazolam	74	20,45
Clonazepam	73	20,17
Diazepam	67	18,50
Bromazepam	60	16,57
Lorazepam	34	9,40
Clordiazepóxido	31	8,56
Cloxazolam	15	4,15
Midazolam	8	2,20

Em relação às doses e posologias avaliadas nas notificações B1, não foi constatadas na literatura pesquisada, nenhuma discrepância entre as doses diárias e máximas permitidas para cada BZD estudado, sendo assim, as mesmas encontravam-se dentro do limite estabelecido e permitido, o que não remonta a níveis de toxicidade em relação às doses, devido à boa tolerabilidade dos BZDs em doses usuais, o que não exclui a capacidade já evidenciada de causar dependência (BENÍTEZ et al., 2012; KOROLKOVAS; ALBUQUERQUE; FRANÇA, 2010).

Nossos resultados demonstraram um maior consumo de BZDs por mulheres, totalizando 75% das prescrições dispensadas durante o ano de 2012. No estudo de Wanderley, Cavalcanti e Santos (2013), foi prevalente o uso de psicofármacos em mulheres, sendo alicerçado por estudos anteriores, como os de Lima et al. (2008), efetuado em Botucatu (SP); de Garcias et al. (2008), realizado em Pelotas (RS); e Firmino et al. (2011), feito em Coronel Fabriciano (MG). Além dos estudos de Silva et al. (2005), e Soares, Martins e Caldeira (2013), que especificam a predominância do sexo feminino como detentor das prescrições de BZDs. Estudos internacionais também revelaram maior prevalência do uso de BZDs por mulheres, como os de Yates e Catril (2009), no qual avaliou-se receitas manipuladas por farmácias privadas em Concepción (Chile), detectando 72% de prescrições para mulheres, enquanto Carvalho (2012) buscou dados em três farmácias comunitárias da região da Cova da Beira (Portugal) e encontrou que 62% das prescrições de BZDs pertenciam às mulheres.

Para Telles Filho et al. (2011), o maior consumo de BZDs está intimamente ligado a trabalhadores que enfrentam longas jornadas de trabalho e ficam mais expostos ao estresse. As mulheres encaixam-se nessa realidade pelo fato de enfrentarem uma dupla jornada de trabalho. Em pesquisa realizada por Souza, Opaleye e Noto (2013), as mulheres relataram que os motivos para a utilização de BZDs foram para reduzir a ansiedade, fugir dos problemas e para insônia. Além disso, as mulheres se preocupam mais com a própria saúde, levando a uma maior procura pelo atendimento médico, constituindo também a maioria da clientela em farmácias (FIRMINO et al., 2011).

Por serem os maiores consumidores de BZDs, conseqüentemente, em nosso estudo, o uso prolongado também se deu em maior percentual no sexo feminino (73,33%). Estudos demonstram que o uso prolongado ocorre por vários meses ou até mesmo anos, como relata Souza, Opaleye e Noto (2013), que referiram um tempo de uso médio de 7 anos. A literatura recomenda que para casos de insônia e/ou ansiedade (que foram os motivos mais relatados para o uso) a utilização não deve ultrapassar quatro semanas (LADER, 1999). Pesquisa realizada por Mattioni et al. (2005), apontou que 58,6% dos usuários de BZDs fazem uso desse medicamento há mais de dois anos.

O uso destes fármacos de forma contínua não tem indicações farmacológicas, provocando quadros de dependência e tolerância. No entanto a grande maioria das entrevistadas de Souza, Opaleye e Noto (2013), demonstrou despreocupação ou minimização dos riscos, preferindo assim assumi-los para manter o uso dos BZDs. Elas consideram uma dependência necessária e que lhes proporciona melhor qualidade de vida, sendo melhor utilizá-los, que retornarem aos quadros ansiosos do início do tratamento.

Para Souza, Opaleye e Noto (2013), os principais motivos observados para os pacientes não interromperem o uso de BZDs estão relacionados com o receio de não conseguir dormir, receio da reincidência dos sintomas de ansiedade e pelo fato de não verem motivos para parar de tomar, corroborando com o estudo realizado por Welter (2013), onde os usuários relataram desconforto e efeitos desagradáveis durante a diminuição da dosagem ou retirada do medicamento, sendo que o medo da retomada dos sintomas leva ao retorno da utilização.

Dentre esses usuários que abusam de BZDs é importante ressaltar um comportamento: a procura pela droga. Sendo fármacos de venda apenas com receituário médico e a mesma com a notificação B1, e retenção da receita, segundo a Portaria 344/98 da ANVISA, se faz necessário que o paciente passe por consulta para obter a receita. No entanto, para adquirir medicamentos controlados os pacientes se utilizam de diversas estratégias para conseguir as prescrições: diversas queixas somáticas, vagas e de origem indefinida, envolvendo sintomas ansiosos e insônia; supervalorização dos

sintomas, que parece indicar a necessidade de aumentar a dosagem; insistência no sentido de que nenhum outro medicamento funciona entre outros.

Os médicos envolvidos com prescrição excessiva de medicamentos controlados são classificados em: médicos desatualizados, que são aqueles que pela desinformação sobre aspectos farmacológicos realizam as prescrições; médicos ludibriados: compreendem os médicos que se deixam enganar pelos pacientes; médicos desonestos: são aqueles que fornecem receitas perante um pagamento em dinheiro; e os médicos incapacitados, que são aqueles que possuem algum transtorno psiquiátrico (LARANJEIRA; CASTRO, 1999).

Anthierens et al. (2007) relataram que os médicos sabem que a própria atitude de prescrever influencia o uso, porém acreditam que os BZDs não trazem danos sérios, além de justificar as prescrições como forma de compreender o sofrimento dos pacientes. Pelo fato de as consultas serem de maioria procedente do SUS, os médicos afirmam possuir pouco tempo para o atendimento e para a introdução de outras terapias.

Com relação à classe de médicos que mais prescrevem BZDs, nosso estudo revelou uma predominância de clínicos gerais (56,45%), corroborando com o estudo de Ferrari et al. (2013), realizado em Pontal do Araguaia (MT); o estudo de Shirama e Miasso (2013), que também apontou uma maior prescrição por parte de clínicos gerais; e o estudo de Nordon et al. (2009), que verificou que os principais prescritores de BZDs para mulheres em Sorocaba (SP) eram os clínicos gerais.

Muitas vezes, o atendimento médico envolve a simples manutenção da receita e a indicação por outro profissional, sem um acompanhamento especializado. Pode-se dizer, a partir da prática diária vivenciada, que os pacientes também conseguem receitas sem a consulta quando apresentam nas Unidades de Atenção Primária (postos de saúde) apenas a segunda via da receita já aviada por médicos daquela unidade e pedem para que a mesma seja refeita, sem uma nova consulta.

Outro fator que pode estar relacionado com a maior prescrição de BZDs por clínicos gerais pode ser o fato de o número de profissionais especializados ser pequeno (apenas quatro) para a população da cidade de Paranavaí, já que o CENSO de 2013 apontou população

de 85.000 habitantes, reportando-nos a uma média de aproximadamente 21.250 habitantes por médico especialista, o que gera uma demanda que jamais será atendida pelos especialistas (IBGE, 2013).

Outro fato a ser analisado e que nos leva a entender e supor o maior número de prescrições ser realizada por clínicos é o fato do valor de uma consulta privada ser alto para os pacientes retornarem após dois meses de tratamento, sendo mais fácil solicitar a manutenção da receita por um médico amigo da família ou da Unidade de Atenção Primária pela qual o mesmo é atendido.

Ao avaliarmos as prescrições por faixa etária, verificou-se o predomínio de prescrições para a faixa etária acima dos 55 anos (47,11%), resultado compatível com o encontrado por Nordon et al. (2009), em que avaliaram o uso de BZDs por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária de Sorocaba (SP). Compatível também com o estudo de Soares, Martins e Caldeira (2013), realizado com usuários de BZDs da Estratégia da Saúde da Família de Montes Claros (MG), que também demonstrou um predomínio de prescrições entre idosos.

Existem limitações nas indicações de BZDs para idosos, o que se deve à observância de desfechos negativos relacionados ao uso dos fármacos, e que estimulou o surgimento de diretrizes internacionais e critérios de restrição para uso de determinadas medicações nessa faixa etária, incluindo alguns psicofármacos. Os BZDs estão entre os vinte fármacos contra-indicados para idosos e estão presentes nos critérios de Beers-Fick e na lista de PRISCUS de medicamentos potencialmente inapropriados e/ou não recomendados para idosos (GORZONI; FABBRI; PIRES, 2012; ROZENFELD, 2003).

Verifica-se que à medida que a idade avança as características fisiológicas e metabólicas se modificam (SANTOS; ALMEIDA, 2010). Características como alteração na motilidade intestinal, alterações na taxa de excreção renal (filtração glomerular), diminuição do metabolismo, peso e massa hepática proporcionam um efeito potencializado de fármacos no organismo de idosos (STRAND et al., 2006). No entanto, o que se vê em vários estudos é uma excessiva prescrição de BZDs que não são indicados para idosos (GORZONI; FABBRI;

PIRES, 2012; SANTOS et al., 2012).

A literatura aponta que a alta prevalência do uso de psicotrópicos em idosos é consequência da prescrição inadequada e da indicação não médica combinados à tendência à cronicidade, abuso ou dependência relacionada a subgrupos destes medicamentos, neste caso, destacando-se a classe dos BZDs (NOGUEIRA, 2012).

Além disso, colaboram para o aumento do consumo de BZDs em idosos, outros parâmetros como problemas decorrentes das adversidades da vida, como ócio pela aposentadoria, saída dos filhos de casa e com isso sentimentos de tristeza e solidão, perda do cônjuge entre outros que afetam o indivíduo idoso. Tais motivos foram descritos por Welter (2013), em um estudo com participantes de um Centro de Saúde de Florianópolis (SC).

Em relação ao BZD mais prescrito, o alprazolam (20,45%) foi o mais incidente; um fármaco com tempo de ação curto a intermediário, segundo Benítez et al. (2012), e características mais ansiolíticas que sedativas, seguido pelo clonazepam (20,17%), este um BZD de ação longa e com propriedades sedativas. Nossos resultados diferem da maioria dos estudos já realizados no Brasil, que apontam o diazepam como BZD mais prescrito e consumido (FIRMINO et al., 2011; NORDON et al., 2009; SOARES; MARTINS; CALDEIRA, 2013).

No entanto, deve-se observar que a maioria dessas pesquisas foram realizadas nas instituições públicas, o que nos leva a justificar o maior número de prescrições de diazepam, pelo fato deste ser um fármaco pertencente à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME, 2010) e ser distribuído gratuitamente pelos serviços públicos de saúde.

Ainda devemos destacar que o Brasil tem o Formulário Terapêutico Nacional (FTN), que é fonte oficial de indicação de benzodiazepínicos. De acordo com este formulário, o uso de BZDs está indicado para tratamento tanto da ansiedade como para insônia, no entanto, deve ser prescrito por curto período de tempo (7-10 dias).

Já estudos realizados em drogarias privadas no setor central do município de Goiânia (GO), por Silva et al. (2005), apontaram que o BZD mais prescrito foi



o clonazepam (33,53%), seguido pelo bromazepam e alprazolam. Resultados semelhantes foram encontrados por Azevedo et al. (2011) e Beltrame (2010), o que também pode estar relacionado com o fato de o clonazepam também ser distribuído pelos serviços de saúde pública.

Estudos realizados por Correia et al. (2010), em Portugal, revelaram maior consumo de alprazolam (22,4%), corroborando com os resultados encontrados por Guedes e Carvalho (2009), e Carvalho (2012), também em Portugal, sendo coincidentes com os encontrados em nossa pesquisa.

Em seu estudo, Stoppe (2004) relata que o alprazolam é o BZD mais indicado para transtornos de ansiedade, sendo as mulheres as pacientes mais susceptíveis a este transtorno.

#### 4 CONCLUSÃO

O uso prolongado de BZDs em maior frequência nas mulheres e idosos, não é somente uma perspectiva da amostra analisada, sendo também confirmado em vários estudos onde constata-se a prescrição e o uso irracional dessa classe de fármacos. Não obstante, devido a este uso prolongado, o ideal seria uma anamnese completa, para que se possa analisar e investigar a eficácia e segurança da farmacoterapia. No entanto, a renovação da receita, sem nova consulta, é uma prática rotineira.

O reflexo desta situação, aliada ao fácil acesso, referenda a pacientes que fazem uso prolongado e que nem todos necessitam essencialmente desta farmacoterapia. Muitos até relatam que já tentaram diminuir a dose, ou até abandonar o tratamento, tendo em vista os efeitos colaterais. Neste contexto, há necessidade desta população em ser orientada de forma adequada pelos profissionais de saúde, para que ampliem a percepção do risco pessoal atribuído ao uso prolongado de BZDs. Todavia, faz-se necessário a elaboração de estratégias terapêuticas para que o uso irracional seja minimizado aos pacientes, e que sejam disponibilizadas a mulheres e idosos outras opções farmacológicas de tratamento de transtornos de ansiedade, em substituição aos BZDs.

#### REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F.; PEPE, V. L. E. Consumption of Psychotropic Drugs in an Administrative Region of the City of Rio de Janeiro: Ilha do Governador. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 05-16, 1994.

ANTHIERENS, S. et al. First benzodiazepine prescriptions: qualitative study of patients perspectives. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949305/>> Acesso em: 01 out. 2013.

AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 24-31, 2004.

AZEVEDO, L. S. et al. Avaliação da adequação legal de receitas e notificações de receita de medicamentos sujeitos a controle especial dos setores públicos e privados. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 32, n. 3, p. 401-417, 2011.

BELTRAME, M. M. **Análise do padrão de consumo de psicofármacos: dos usuários da estratégia saúde da família do bairro centro, no município de São Ludgero - SC**, 2010, 52f., Monografia (Especialização em Saúde Mental) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, 2010.

BENÍTEZ, S. et al. **P. R. Vade-mécum de medicamentos**. 18. ed. São Paulo: RGR Publicações, 2012. 1391p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2010**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, 1998, Referente ao controle de substâncias psicotrópicas no Brasil.

BRASIL. **Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Psicotrópicos - SNGPC**, v. 2, 2011.

- BRASIL. de Geografia e Estatística - IBGE CENSO 2013, Instituto Brasileiro, Cidades: Paranavaí, Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411840>>, Acesso em: 01 out. 2013.
- CARVALHO, J. M. **Caraterização do perfil de consumo de benzodiazepinas na Cova da Beira**, 2012, 71f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade da Beira do Interior, Covilhã, Portugal, 2012.
- CASTRO, G. L. G. et al. Uso de benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e Farmacoepidemiologia. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 1, p. 112-123, 2013.
- CHAIMOWICZ, F.; FERREIRA, T. J. X. M. F.; MIGUEL, D. F. A. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 631-635, 2000.
- CORREIA, T. et al. **Consumo de psicofármacos pelos alunos do ensino superior**. 2010, Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10198/3513>>. Acesso em: 05 ago. 2013.
- COUTINHO, D. et al. Condução sob influência de benzodiazepinas e antidepressivos: Prescrição médica e abuso. **Acta Médica Portuguesa**, v. 24, p. 431-438, 2011.
- FERRARI, C. K. B. et al. Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos: Um problema de saúde pública. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 34, n. 1, p. 109-116, 2013.
- TELLES FILHO, P. C. P. et al. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma Estratégia de Saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, jul./set. 2011.
- FIRMINO, K. F. et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1223-1232, 2011.
- FOSCARINI, P. T. **Benzodiazepínicos: uma revisão sobre o uso, abuso e dependência**. 2010, 34f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- GOODMAN, L. S.; GILMAN, A. G. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 10. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2003. 1647p.
- GORZONI, M. L.; FABBRI, R. M. A.; PIRES, S. L. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 4, p. 442-446, 2012.
- GUEDES, J. M. F. S.; CARVALHO, M. C. D. Evolução do consumo de benzodiazepinas em Portugal Continental entre 2000 e 2007. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**, Porto, v. 6, p. 284-295, 2009.
- KOROLKOVAS, A.; ALBUQUERQUE, F. F.; FRANÇA, C. **Dicionário Terapêutico Guanabara**, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2012, 700p.
- GARCIAS, C. M. M. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1565-1571, 2008.
- LADER, M. H. **Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified?** 1999. Disponível em: <[http://www.europeanneuropsychopharmacology.com/article/S0924-977X\(99\)00051-6/abstract](http://www.europeanneuropsychopharmacology.com/article/S0924-977X(99)00051-6/abstract)>. Acesso em: 15 out. 13.
- LARANJEIRAS, R.; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: BERNIK, M. A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. São Paulo: Ed. da Edusp. 1999. p. 187-198.
- LIMA, M. C. P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 4, p. 717-723, 2008.
- MATTIONI, L. T. et al. Prevalência no uso de benzodiazepínicos em uma população assistida por programa de saúde da família. **Revista Contexto e Saúde**, Ijuí, v. 5, p. 43-50, 2005.

- MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 1, 2005.
- MENDONÇA, R. T. et al. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, p. 95-106, 2008.
- MOTA, A. **Dependência de benzodiazepínicos em idosos**, 2011. 22f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Caldas, 2011.
- NAPPO, S. A. et al. Prescription of anorectic and benzodiazepine drugs through notification B prescriptions in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 46, n. 2, 2010.
- NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. Abuso e dependência de benzodiazepínicos. **Associação Brasileira de Psiquiatria**. [s.l.]: Projeto Diretrizes, 2008.
- NORDON, D. G. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 152-158, 2009.
- NORDON, D. G.; HUBNER, C. K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, v. 14, n. 2, p. 66-69. 2009.
- NOTO, A. R. et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 2, p. 68-73, 2002.
- ORLANDI, P. et al. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 896-902, 2005.
- DAL PIZZOL, T. S.; GRANZA, M.; BASTOS, D. C. Uso de benzodiazepínicos em hipertensos e diabéticos de Passo Fundo, RS. **Revista Contexto & Saúde**, v. 4, n. 6, p. 27-42, 2004.
- ROZENFELD, S. Prevalência fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717-724, 2003.
- RANG, H. P.; DALE, M. M. **Farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- SANTOS, M.; ALMEIDA, A. Polimedicação no idoso. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 2, p. 149-162, 2010.
- SANTOS, T. R. A. et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 94-103, 2012.
- SHIRAMA, F. H.; MIASSO, A. I. Consumo de psicofármacos por pacientes de clínicas médica e cirurgia de um hospital geral. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2013.
- SILVA, A. P. P. et al. **Estudo comparativo o consumo de benzodiazepínicos entre drogarias e farmácia de manipulação na cidade de Goiânia – GO**. 27f. Monografia (Especialista em Farmácia Clínica) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.
- SILVA, R. et al. Dispensação de benzodiazepínicos em quatro drogarias no setor central do município de Goiânia – GO. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 2, p. 187-189, 2005.
- SOARES, I. C.; MARTINS, I. L.; CALDEIRA, E. S. Perfil dos usuários de benzodiazepínicos da Estratégia Saúde da Família Monte Carmelo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12., 2013, Belém. **Anais...** Belém, PA: [s.n.], 2013. p. 1354.
- SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, 2013.
- STOPPE, A. **Estudo observacional de alprazolam no tratamento da ansiedade**. 2004. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=2587](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2587)> Acesso em: 18 ago. 2013.

STRAND, J. et al. **A cluster-randomized educational intervention to reduce inappropriate prescription patterns for elderly patients in general practice: the prescription peer academic detailing.** 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/72/>> Acesso em: 01 out. 2013.

WELTER, A. C. **Usos e efeitos dos benzodiazepínicos na visão de usuários,** 2013. 82f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

WANDERLEY, T. C.; CAVALCANTI, A. L.; SANTOS, S. Práticas de saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática e literatura, **Revista e Ciências Médicas e Biológicas,** Salvador, v. 12, p. 121-126, 2013.

YATES, T. K.; CATRIL, P. M. Tendências no uso de benzodiazepínicos em farmácia privada, **Revista Chilena e Neuropsiquiatria,** Santiago, v. 47, 2009.

*Recebido em: 17 de agosto de 2014*

*Aceito em: 24 de outubro de 2014*