

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO QUE USA BENZODIAZEPÍNICOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA VILA BARÃO DE SOROCABA

CHARACTERISTICS OF BENZODIAZEPINES USERS IN PRIMARY CARE UNIT OF VILA BARÃO IN SOROCABA

David Gonçalves Nordon¹, Karin Akamine¹, Carlos von Krakauer Hübner², Neil Ferreira Novo³

RESUMO

Introdução: benzodiazepínicos são medicamentos psicotrópicos de prescrição restrita utilizados para crises agudas de ansiedade, insônia e convulsões. Sua utilização é muitas vezes inadequada. **Objetivos:** identificar o perfil do usuário de benzodiazepínicos na atenção primária e a razão de sua utilização. **Métodos:** foram entrevistados todos os pacientes maiores de idade em uma UBS de Sorocaba, em 2008. **Resultados:** a taxa de utilização foi de 13,79% da população. Não foi analisável diferença entre homens e mulheres pela quantidade pequena de homens na amostra, contudo, foi observável que o medicamento é mais utilizado por mulheres de maior idade e baixa escolaridade, sem relação significativa com estado civil ou renda. Os principais motivos de prescrição foram ansiedade e insônia, com tempo elevado de duração (mais de 36 meses), por médicos em maioria não especialistas na área. **Conclusão:** os autores acreditam que isso se deva a uma característica do atendimento primário de um bairro periférico. Estudo financiado pelo CEPE.

Descritores: benzodiazepinas, medicamentos sob prescrição, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: benzodiazepines are psychotropic drugs of restricted prescription used for crisis of anxiety, insomnia and convulsions. Its use is usually inadequate. **Objectives:** to access the profile of the benzodiazepine user and its reason. **Methods:** all patients older than 18 years were interviewed in a Primary Care Unit in Sorocaba, during the year of 2008. **Results:** benzodiazepines were used by 13,79% of the population. There was no significant difference of use between men and women due to the small population of men in the survey; however, it was noteworthy that the drug is used mainly by older women who studied less, with no significant influence of monthly income or relationship status. The main reasons of prescription were anxiety and insomnia, with high duration of treatment (over 36 months), mainly by not specialized physicians. **Conclusion:** the authors believe this occurs due to the characteristics of the primary care in a suburban neighborhood. **Support:** CEPE.

Key-words: benzodiazepines, prescription drugs, primary care.

INTRODUÇÃO

Benzodiazepínicos (BDZ), uma classe dos psicofármacos das mais prescritas atualmente,¹ tornaram-se disponíveis para uso a partir da década de 1960. Devido ao seu grande potencial de adição, desde as décadas de 70 e 80 vêm-se criando políticas de controle para o seu uso, como, por exemplo,

no Brasil, através do formulário azul e da retenção de receita.

No Brasil, é a terceira classe de drogas mais prescritas,² sendo utilizada por aproximadamente 4% da população.^{3,4,5} Antigamente utilizados para o tratamento de diversas afecções psiquiátricas, com o passar dos anos e o estudo de seus efeitos, os BDZ atualmente são indicados apenas para o tratamento agudo e subagudo de ansiedade e crises convulsivas agudas.⁶

Sua ação inibitória central, importante para conter picos epilépticos e diminuir a ansiedade generalizada, funciona a partir de receptores gabaérgicos específicos para BDZ no cérebro.⁷⁻¹⁰ São lipofílicos, apresentando uma tendência a se acumular com o tempo, em especial em tecido cerebral. Seus efeitos colaterais não são poucos. O mais frequente é a sedação. Depressão respiratória pode ocorrer com a administração endovenosa e pode ocorrer hipomnésia de fixação e conduta agressiva.⁸ Ademais, diversos estudos demonstram que a utilização prolongada de BDZ diminui a capacidade cognitiva.^{11,12} Todos esses efeitos são de grande importância na morbimortalidade da população geriátrica em uso.

Ao longo do tempo, BDZ perdem a sua função ansiolítica e, por isso mesmo, não são indicados por longos períodos para tratamento. Atualmente, perdem espaço para as drogas Z, que, por serem agonistas dos receptores BDZ, embora mais caras, têm eficácia semelhante e menos efeitos colaterais que eles.¹³ BDZ, ademais, possuem a capacidade de gerar tolerância e dependência, que podem ser perpetuadas por diversos fatores, dentre eles, prescrição errônea e continuada pelo médico, aumento da dose pelo próprio paciente, necessidade psicológica da droga (os usuários imaginam que não conseguirão recuperar suas funções normais, como tranquilidade e sono contínuo, sem o uso do medicamento). Acredita-se, aliás, que o maior fator atualmente para a dependência seja esta necessidade psicológica.¹⁴⁻¹⁹ Já a tolerância, por outro lado, é mais difícil de ser encontrada, especialmente em pacientes idosos, cuja dose não precisa necessariamente ser aumentada para ter um efeito maior.²⁰

Os usuários de BDZ são em maioria mulheres (duas a três vezes mais que homens), e o seu número aumenta conforme a idade. No Brasil, é usado principalmente por divorciadas ou viúvas, com menor renda, de 60 a 69 anos de idade.²¹⁻²² Seu uso é três vezes mais provável em pacientes portadores de transtornos psiquiátricos.²³ Já a prescrição é feita mais por médicas novas para mulheres, ou de generalistas formados há mais de cinco décadas, e mais para pacientes de quadros crônicos que agudos.^{24,25} O motivo mais citado em artigos para a prescrição em nível primário de atendimento é a falta de tempo,^{24,26,27} o que compromete, também, a orientação a respeito do seu uso.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 12, n. 2, p. 14-20, 2010

1 - Acadêmico (a) do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

2 - Professor do Depto. de Medicina - FCMS/PUC-SP

3 - Professor do Depto. de Morfologia e Patológica - FCMS/PUC-SP

Recebido em 16/4/2010. Aceito para publicação em 3/5/2010.

Contato: d-nordon@uol.com.br

Fatores como subestimação da quantidade de usuários, gravidade do uso, efeitos colaterais ou até mesmo não observação das *guidelines* também são citados.²⁶⁻²⁸ Tudo isso corrobora para uma superprescrição.

O Brasil carece de dados a respeito da prescrição de BDZ, havendo apenas alguns estudos escassos que avaliam a frequência de uso, mas não vão além.^{4,5} Este estudo, portanto, justifica-se por ser pioneiro em avaliar o uso de BDZ em uma unidade básica de saúde, a base hierárquica do atendimento do Sistema Único de Saúde do Brasil.

MÉTODOS E CASUÍSTICA

Foram entrevistados ao longo do ano de 2008 (de janeiro a dezembro), às sextas-feiras pela manhã, por dois pesquisadores acadêmicos do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, os pacientes que se encontravam na fila de espera para o atendimento na Unidade Básica de Saúde da Vila Barão, em Sorocaba/SP, maiores de 18 anos e que concordaram em participar e assinar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Os critérios de inclusão foram pacientes maiores de 18 anos, devidamente inscritos na UBS, mediante ficha e número de registro, que concordassem em participar e assinassem o termo.

A Unidade Básica da Vila Barão é uma pequena Unidade Básica de Saúde em um bairro da periferia de Sorocaba, que abrange uma população de, aproximadamente, 12.000 pessoas (DATASUS 2007), incluindo neste número uma grande porção de moradores de terrenos não loteados (área verde). É composto por uma população em média de baixa renda e escolaridade. A UBS conta com os serviços de clínica geral, pediatria e ginecologia apenas, não contando com outras facilidades como ortodontia, psicologia ou psiquiatria.

Os entrevistados responderam a um questionário, montado pelos pesquisadores, com nome, sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda *per capita* em salários mínimos e se utiliza, ou não, BDZ. Os usuários, em seguida, responderam a um segundo questionário a respeito da característica do uso:

- 1) Benzodiazepínico utilizado,
- 2) Motivo do uso,
- 3) Tempo de uso,
- 4) Primeiro prescritor da receita,
- 5) Prescritor atual,
- 6) Tentativas prévias de interrupção de uso,
- 7) Sucesso ou insucesso nesta interrupção,
- 8) Motivo do insucesso na interrupção.

Os entrevistados foram agrupados por sexo e, posteriormente, subagrupados de acordo com as características:

- 1) idade: de 18 a 29 anos, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos, de 50 a 59 anos, de 60 a 69 anos, e 70 anos ou mais;
- 2) estado civil: casado, solteiro, viúvo ou amasiado;
- 3) escolaridade: analfabeto, até a 8ª série do ensino fundamental e ensino médio/superior; e
- 4) renda familiar *per capita*: até três salários mínimos, quatro ou mais salários mínimos.

Para a análise dos resultados aplicou-se o teste do Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher, com o objetivo de comparar grupos etários, estado civil, escolaridade e outras características em relação ao uso, ou não, dos BDZ de acordo com o sexo do usuário. Em todos os testes fixou-se em 0,05% ou 5% o nível de significância.

Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

RESULTADOS

Ao longo do ano de 2008, foram entrevistadas, na UBS da Vila Barão, em Sorocaba, 464 pessoas (4,25% da população atingida pela UBS, aproximadamente - DATASUS, 2007). Destes, 64 (13,79%) eram usuários de BDZ e 400 (86,21%) não eram.

A quantidade de usuários do sexo masculino (18, ou 3,87%), apesar da amostra de número considerável, não foi suficiente para tornar os dados deste grupo significativos estatisticamente. As respostas dos itens do questionário de pesquisa estão quantificadas na tabela 1 para os frequentadores em geral, e de 2 a 5 para os usuários, exclusivamente.

Como observado na tabela 1, o grupo etário de mulheres de 18 a 39 anos (200 pessoas, ou 57% da amostra do grupo feminino) apresenta um consumo de BDZ significativamente menor que o grupo de 50 a 69 anos ($P < 0,001$). Embora não seja estatisticamente significativo, é observável que no grupo masculino a utilização também é menor nesta faixa etária (18 a 39 anos) em relação às outras faixas etárias. A diferença de uso entre homens e mulheres também não é estatisticamente significativa, sendo o consumo bastante semelhante entre os dois grupos.

Os resultados demonstrando o estado civil dos frequentadores mostram uma tendência de que mulheres em um relacionamento estável (casadas ou amasiadas - 67,42% do público feminino) consomem mais que mulheres solteiras ou viúvas, uma vez que a análise estatística não foi significativa. Mesmo com o agrupamento dos dados em dois grupos (com parceiro e sem parceiro) não se mostrou significativo para análise.

Dentre os homens, não há diferença entre os estados civis com relação ao uso, e a comparação entre homens e mulheres também não se mostrou significativa, como demonstrado na tabela.

A escolaridade dos frequentadores e dos usuários é mostrada em seguida; mulheres analfabetas consomem significativamente mais BDZ que mulheres com escolaridade mais alta ($P < 0,05$); entre homens, porém, não houve diferença significativa entre a escolaridade nem na comparação homem e mulher.

A tabela 1 ainda mostra a renda familiar *per capita* estimada dos frequentadores, autorreferida; a comparação dos grupos sugere afirmar que mulheres com menor renda utilizam mais BDZ.

Com relação ao motivo de utilização (tabela 2), que poderia ser mais de um, dentre homens, o maior foi insônia (57,69%); dentre mulheres foi o mesmo (48,14%). Entretanto, para elas, eram duas vezes mais comum o uso contra ansiedade que para eles (39,5% X 19,23%). Um dos entrevistados, homem, afirmou o uso de BDZ para controle da pressão e um outro para tratamento de alcoolismo, ao passo que um homem e duas mulheres deram como motivo o tratamento de depressão.

A tabela 3 mostra os BDZ utilizados pelos entrevistados; dentre homens, o mais utilizado foi o diazepam (94,44%), seguido por clonazepam (5,56%), ambos fornecidos na UBS da Vila Barão; já dentre as mulheres, a tendência se manteve, porém com outros números (76,08% e 8,68%, respectivamente), tendo em vista a utilização, exclusivamente por parte delas, nesta amostra, de terapia combinada (diazepam e clonazepam, 6,52%). Ademais, dentre elas estavam as quatro (8,68%) únicas usuárias de outros tipos de BDZ, que não os adquiríveis no posto, bromazepam, lorazepam ou nitrazepam (análise de dados não significativa).

Com relação ao tempo de uso, tanto dentre homens como dentre mulheres, o tempo de utilização maior que 36 meses (61,11% e 69,56%) foi predominante. É observável que a porcentagem de usuários por até cinco meses (22,22% para homens e 10,86% para mulheres) é extremamente baixa, destoando da recomendação da utilização de BDZ, que não deve ultrapassar os quatro meses, por perda de eficácia e criação de tolerância e dependência.

A tabela 4 mostra o prescritor inicial do benzodiazepínico, e o prescritor atual, ou seja, no momento do questionamento, em um intervalo de tempo bastante variável entre os entrevistados.

É possível avaliar que dentre homens, em 55,55% dos casos, o primeiro prescritor foi um psiquiatra; já dentre mulheres, apenas 36,95%.

Para as mulheres, o principal prescritor foi o clínico geral (47,82%). Apenas um homem relatou ter sido indicado o medicamento por seu cardiologista, e um outro relatou ter-lhe sido indicado o uso por um amigo ou parente.

Dentre as mulheres, uma relatou ter sido o seu endocrinologista quem lhe prescreveu, outra o cardiologista, e outras três o neurologista.

Em geral, as restrições de prescrição não foram

observadas, tendo em vista que, na maioria dos casos, apenas a minoria dos prescritores iniciais foi o psiquiatra (42,18%) o especialista mais indicado.

Já para a maioria dos homens e das mulheres, o principal prescritor atual é o clínico geral do posto que frequentam (72,22% e 65,21%, respectivamente), que muitas vezes simplesmente mantém uma receita anterior.

A tabela 5 mostra a quantidade de tentativas prévias de interrupção de uso, se foi bem-sucedida e o motivo do insucesso, caso tenha havido. Foi observável que mais mulheres tentaram parar que homens (91,3% contra 66,66%, $P < 0,02$).

Quanto aos quase 70% que tentaram e não conseguiram: em 100% dos homens, o motivo do insucesso foi a persistência dos sintomas; já dentre as mulheres, a grande maioria teve o mesmo motivo, porém três apresentaram queixas distintas; dentre elas, uma alegou a morte de um parente (volta à utilização por questões psicossociais), e outra o fato de o médico não deixá-la interromper o uso da medicação. Tal usuária alegou a utilização da droga para ansiedade, insônia e convulsões, e fazia uso já havia mais de três anos, por prescrição inicial e atual de um psiquiatra.

Tabela 1. Características demográficas dos entrevistados (idade, estado civil, escolaridade e renda *per capita*) de acordo com gênero e utilização ou não de benzodiazepínicos.

População/ Variável	HOMENS			MULHERES			HOMENS X MULHERES
	Usuários	Não- usuários	Porcentagem de usuários (%)	Usuárias	Não- usuárias	Porcentagem de usuárias (%)	P
Idade							
18 - 29	0	15	0,0	3	107	2,7	0,67
30 - 39	3	15	16,7	7	83	7,8	0,21
40 - 49	2	22	8,3	12	51	19,0	0,18
50 - 59	5	14	26,3	11	26	29,7	0,90
60 - 69	3	15	16,7	10	24	29,4	0,25
70 e maiores	5	15	25,0	3	13	18,8	0,48
Estado Civil							
Casado	11	46	19,29	32	149	17,67	0,90
Solteiro	5	32	13,51	8	74	9,75	0,37
Viúvo	1	5	16,66	3	29	9,37	0,51
Amasiada	1	13	7,14	3	52	5,45	0,46
Escolaridade							
Analfabeto	2	5	28,57	6	15	28,57	0,69
Até 8ª série	14	60	18,91	31	185	14,35	0,90
Ensino médio/superior	2	31	6,06	9	104	7,96	0,52
Renda familiar per capita (salários mínimos)							
Até 3	17	90	15,88	45	274	14,24	0,90
4 ou mais	1	6	14,28	1	25	3,84	0,38
TOTAL	18	96	15,78	46	304	13,14	

Tabela 2. Razão de uso dos benzodiazepínicos de acordo com o gênero do entrevistado

RAZÃO DE USO DOS BENZODIAZEPÍNICOS	HOMENS (Nº TOTAL DE RESPOSTAS)	(%)	MULHERES (Nº TOTAL DE RESPOSTAS)	(%)
Ansiedade	5	19,23	32	39,5
Insônia	15	57,69	39	48,14
Convulsões/Epilepsia	3	11,53	7	8,64
“Pressão”	1	3,84	0	0
“Depressão”	1	3,84	2	2,46
Tratamento para alcoolismo	1	3,84	0	0
Luto	0	0	1	1,23
TOTAL	26		81	

Tabela 3. Benzodiazepínicos utilizados e tempo de uso de acordo com o gênero do entrevistado

BENZODIAZEPÍNICO UTILIZADO	HOMENS (n)	(%)	MULHERES (n)	(%)
Diazepam	17	94,44	35	76,08
Clonazepam	1	5,56	4	8,68
Diazepam + Clonazepam	0	0	3	6,52
Lorazepam	0	0	1	2,17
Bromazepam	0	0	1	2,17
Nitrazepam	0	0	2	4,34
TEMPO DE USO				
Até 5 meses	4	22,22	5	10,86
6 meses a 11 meses	1	5,55	2	4,34
12 meses a 35 meses	2	11,11	7	15,21
Mais de 36 meses	11	61,11	32	69,56
TOTAL	18	28,12	46	71,88

Tabela 4. Prescritores (primeiro prescritor e prescritor atual) de acordo com o gênero do entrevistado

PRIMEIRO PRESCRITOR	HOMENS (n)	(%)	MULHERES (n)	(%)
Clínico geral	6	33,33	22	47,82
Psiquiatra	10	55,55	17	36,95
Farmacêutico	0	0	0	0
Amigos/parentes	1	5,55	1	2,17
Endocrinologista	0	0	1	2,17
Neurologista	0	0	3	6,52
Cardiologista	1	5,55	1	2,17
Não lembra	0	0	1	2,17
PRESCRITOR ATUAL				
Clínico geral	13	72,22	30	65,21
Psiquiatra	4	22,22	14	30,43
Cardiologista	1	5,55	1	2,17
Pega comprimidos de parente	0	0	1	2,17
TOTAL	18	28,12	46	71,88

Tabela 5. Tentativa prévia, sucesso na interrupção de uso de benzodiazepínicos e motivo do insucesso de acordo com o gênero do entrevistado

TENTATIVAS PRÉVIAS DE INTERRUPÇÃO DE USO	HOMENS (n)	(%)	MULHERES (n)	(%)
Sim	12	66,66	42	91,3
Não	6	33,33	4	8,7
SUCESSO NA TENTATIVA				
Sim	4	33,33	13	30,95
Não	8	66,66	29	69,05
MOTIVO DO INSUCESSO				
Persistência dos sintomas anteriores ao uso	8	100	29	90,64
Ansiedade e parestia/parestias noturnas	0	0	1	3,12
Morte de um parente	0	0	1	3,12
Médico não deixou	0	0	1	3,12
TOTAL	18	28,12	46	71,88

DISCUSSÃO

Foi encontrada uma utilização acima da média, pela população estudada, ao redor de 3,3 vezes a utilização encontrada na literatura mundial.⁴⁻⁶ Um estudo de 1988 da população do Rio de Janeiro,⁴ trouxe dados brasileiros a respeito do uso, identificando, nos últimos trinta dias, uma utilização de psicotrópicos (dentre eles, 85,23% BDZ) por 6,7% das mulheres e 3,1% dos homens (portanto, 2,2 vezes mais por mulheres); já um estudo de atenção primária da Espanha,²¹ de 1997, um pouco mais próximo deste estudo, encontrou um risco relativo de uso de BDZ por mulheres em relação a homens de 1,57, com um uso, entre esta população, por 11%, algo semelhante aos resultados encontrados nesta UBS.

Há algumas dificuldades na comparação de dados; as fontes internacionais geralmente provêm de estudos multicêntricos, que homogeneizam a população, portanto, não servindo para um estudo de atenção primária em si. Por outro lado, a escassa fonte brasileira que temos nos traz apenas dados de uso no mês ou ano, não podendo avaliar sua cronicidade, e não da população da atenção primária, mas somente da população em geral.^{3-5,21} Contudo, a explicação para terem-se encontrados números elevados até mesmo para um estudo adequado à comparação foi psicossocial; o bairro em questão apresenta índices altos de violência, menor renda e, também, menor estímulo ao trabalho do médico na UBS, que por vezes troca de emprego em menos de um ano.

A faixa etária de maior utilização condiz com o descrito na literatura, embora a tendência observada seja ainda maior em mulheres mais idosas, de 60 a 69 anos de idade,^{21,25-27} enquanto a deste estudo demonstrou uma faixa etária mais ampla (de 50 a 69 anos), levantando a hipótese de um início mais precoce do uso. Ademais, é importante lembrar o perigo desta utilização por pessoas mais idosas, levando-se em conta que tais medicamentos são proscritos para esta população pelos critérios de Beers.³⁰

Foi encontrado um maior uso por mulheres em relacionamento estável, o que concorda com o estudo espanhol²¹ e com um estudo italiano, que avaliou frequentadores de um serviço de saúde mental,³¹ mas contradiz dados do estudo carioca⁴ e de outros.²⁶⁻²⁸

A população em geral estudada era de baixa renda, não havendo associação significativa entre menor renda e uso, ao contrário do observado no estudo do Rio de Janeiro⁴ e no de Madrid.²¹

Com relação à escolaridade, contudo, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre analfabetismo e maior uso, concordando com os dois estudos citados acima, porém discordando do estudo italiano,³¹ o qual dividiu a escolaridade em maior ou menor que oito anos, inexistindo a categoria analfabeto, gerando um viés na comparação.

Tudo isso gera uma situação perigosa na atenção primária: pessoas mais velhas, de menor escolaridade e, portanto, com menor informação, e provavelmente com menor renda, estão sujeitas a um uso maior de medicamentos potencialmente causadores de dependência, com efeitos colaterais orgânicos e mentais importantes.

Os principais motivos citados, tanto para homens quanto para mulheres, para o uso de BDZ foram crônicos e não agudos, assim como o tempo de uso em uma proporção extremamente alta maior que seis meses, destoando da recomendação de prescrição deste medicamento.⁶ Como observado na sessão de resultados, algumas indicações relatadas são inadequadas, como para controle da pressão arterial, ou parcialmente inadequadas, como depressão ou luto, casos nos quais o uso é por tempo limitado e apenas para controle da ansiedade.

É importante lembrar, contudo, que alguns estudos internacionais identificaram um padrão de prescrição de BDZ maior na atenção primária por um relacionamento mais antigo e até mesmo afetivo com o paciente, sendo difícil, para o médico recusar-lhe a receita; além disso, como descrito, é possível que a falta de tempo e a desinformação a respeito dos efeitos colaterais contribuam.^{22,26}

Levando-se em conta que a utilização é contínua e por idosos, lamenta-se que sejam dispensados apenas BDZ de meia vida longa na UBS. O erro, portanto, é atribuível ao sistema, e não ao médico, sendo ainda menos admissível e ainda mais necessária uma mudança desta situação.

Um dado bom encontrado foi que há baixas obtenções da medicação através de não-médicos, o que não ocorre em outros países, e demonstra um bom controle governamental sobre sua prescrição e dispensação.

A mudança do prescritor inicial para o atual encontrada, do especialista para o clínico geral, era previsível, tendo em vista o fluxo natural do sistema de saúde no Brasil: referência da atenção primária para o especialista e contrarreferência em seguida.

O único defeito deste sistema é que, em Sorocaba, não

existem psiquiatras na atenção primária para fazer o seguimento, e raramente há instruções de retorno ou orientações sobre a interrupção do uso das medicações na contrarreferência do especialista; isto, por si só, pode ser um grande contribuinte para o uso contínuo.

Apesar disso, é interessante observar que há uma prevalência bastante alta de tentativas de interrupção (84,3%, nos usuários em geral) e, portanto, alguma conscientização da população a respeito da dependência destes medicamentos. No entanto, o sucesso na interrupção é bastante baixo, em torno de 30%, e se deve principalmente às dificuldades encontradas nas primeiras semanas de interrupção, dentre elas sintomas de abstinência e até mesmo uma volta dos sintomas anteriores, muitas vezes ainda piores. Para este momento seria muito importante a orientação de um médico, tanto para que os usuários não tentassem interromper o uso sozinhos, como sobre o que ocorreria quando tentassem e que seriam efeitos meramente temporários.

Este trabalho possui algumas restrições: 1) o pequeno número de usuários e frequentadores homens, o que impediu uma comparação significativa entre homens e mulheres; e 2) o motivo de uso ter sido autorreferido, o que impede uma avaliação totalmente confiável da qualidade da prescrição.

Os autores acreditam que tais dados reflitam a realidade da maior parte das UBS dos bairros menos favorecidos, não só da cidade de Sorocaba, mas provavelmente de toda esta região, e sugerem fortemente que mais estudos sejam feitos a este respeito, e que os profissionais da UBS, responsáveis pelo atendimento inicial da população em geral, passem por reciclagens e atualizações periódicas a respeito da prescrição de psicotrópicos a fim de evitar a repetição dos erros citados.

CONCLUSÃO

Com este trabalho, observamos o padrão de uso de BDZ em uma UBS, refletindo as características de uma população de baixa renda e escolaridade, na qual um número muito elevado é de consumidores, sendo os principais mulheres, de 50 a 69 anos, em relacionamento estável e analfabetas. A utilização é crônica de BDZ de meia vida longa e, portanto, com maiores efeitos colaterais, por razões errôneas, com prescrições muitas vezes feitas por médicos não especialistas, com alto índice de insucesso na tentativa de interrupção do uso.

REFERÊNCIAS

- Rosenbaum JF. Attitudes towards benzodiazepines over the years. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66 suppl 2:4-8.
- Kapczinski F, Amaral OB, Madruga M, Quevedo J, Busnelo JV, de Lima MS. Use and misuse of benzodiazepine in Brazil: a review. *Subst Use Misuse*. 2001; 36(8):1053-69.
- Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(n. esp.):888-95.
- Almeida LM, Coutinho ESF, Pepe VLE, Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(1):5-16.
- Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: Páginas & Letras, 2007.
- American Psychiatric Association Task Force on Benzodiazepine Dependency. Benzodiazepine dependence, toxicity, and abuse. Washington: American Psychiatric Association, 1990.
- Brunton LL, Lazo JS, Parker KL. Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica. 10 ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 2003.
- Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Ritter PK. Farmacologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
- Moreira Filho PF, Mocelin CE, Pedra DL. Benzodiazepínicos: atualização. *Rev Bras Neurol*. 1991; 27(2):47-9.
- Bateson AN. Basic pharmacologic mechanisms involved in benzodiazepine tolerance and withdrawal. *Curr Pharm Design*. 2002; 8:5-21.
- Curran HV, Collins JR, Fletcher S, Kee SCY, Woods B, Iliffe S. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychol Med*. 2003; 33:122337.
- Bernik MA. Conseqüências adversas do uso continuado de tranquilizantes benzodiazepínicos: tolerância, dependência e prejuízos nos desempenhos individuais. *Rev Psiquiatr Clín*. 1996/1997; 23/24 (4/1-3):36-8.
- Silva AB. Medicina do sono. In: Prado FC, Ramos J, Valle JR. Atualização terapêutica 2007. 23ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.
- Kan CC, Hilberink SR, Breteler MHM. Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach. *Compr Psychiatry*. 2004; 45(2):88-94.
- Khong E, Sim MG, Hulse G. Benzodiazepine dependence. *Aust Fam Physician*. 2004; 33(11):923-6.
- O'Brien CP. Benzodiazepine use, abuse and dependence. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66 Suppl 2:28-33.
- Karniol IG, Botega NJ, Maciel RR, Moreira MEA, Capitani EM, Madureira PR, et al. Uso e abuso de benzodiazepinas no Brasil. *Rev ABP-APAL*. 1986; 8(1):30-5.
- Rada P, Hoebel BG. Acetylcholine in the accumbens is decreased by diazepam and increased by benzodiazepine withdrawal: a possible mechanism for dependency. *Eur J Pharmacol*. 2005; 508:131-8.
- Allison C, Pratt JA. Neuroadaptive processes in GABAergic and glutamatergic systems in benzodiazepine dependence. *Pharmacol Ther*. 2003; 98:171-95.
- Voyer P, McCubbin M, Cohen D, Lauzon S, Collin J, Boivin C. Unconventional indicators of drug dependence among elderly long-term users of benzodiazepines. *Mental Health Nurs*. 2004; 25:603-28.
- Escrivá Ferrairó R, Pérez Díez A, Lumbreras García C, Molina París J, Sanz Cuesta T, Corral Sánchez MA. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. *Atención Primaria*. 2000; 25(2):107-10.
- Straand J, Rokstad K. General practitioners' prescribing patterns of benzodiazepine hypnotics: are elderly patients at particular risk for overprescribing? A report from the More & Romsdal Prescription Study. *Scand J Prim Health Care*. 1997; 15(1):16-21.
- Rubio MIG, Castillo GR, Vargas BD. Uso de psicofármacos por consultantes al nivel primario. *Rev Psiquiatr (Santiago de Chile)*. 1995; 12(3/4):186-9.
- Bendtsen P, Hensing G, McKenzie L, Stridsman AK. Prescribing benzodiazepines: a critical incident study of a physician dilemma. *Soc Sci Med*. 1999; 49(4):459-67.
- Monette J, Tamblin RM, McLeod PJ, Gayton DC. Characteristics of physicians who frequently prescribe long-acting benzodiazepines for the elderly. *Eval Health Prof*. 1997; 20(2):115-30.
- Álvarez TF, Gómez Castro MJ, Baidés Morente C, Martínez Fernández J. Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*. 2002; 30(5):297-303.

27. Antheriens S, Habraken H, Petrovic M., Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs' perspectives. *Scand J Prim Health Care.* 2007; 25(4):214-9.
28. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. *J Gen Intern Med.* 2007; 22(3):303.
29. van Riswijk E, Borghius M, van de Lisdnok E, Zitman F, van Weel C. Treatment of mental health problems in general practice: a survey of psychotropics prescribed and other treatments provided. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2007; 45(1):23-9.
30. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean R, Beers MH. Updating the beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Arch Intern Med.* 2003; 163:2716-24.
31. Veronese A, Garatti M, Cipriani A, Barbui C. Benzodiazepine use in the real world of psychiatric practice: low-dose, long-term drug taking and low rates of treatment discontinuation. *Eur J Clin Pharmacol.* 2007; 63:867-73.



MONUMENT VALLEY – ARIZONA
Hudson Hübner França