

Características do uso e da dependência de benzodiazepínicos entre usuários: atenção primária à saúde

Characteristics of benzodiazepine use and dependence: primary health care

Características del uso y la dependencia de las benzodiazepinas: la atención primaria de salud

Vanessa Pereira Silva^I; Nadja Cristiane Lappann Botti^{II}; Valéria Conceição de Oliveira^{III}; Eliete Albano de Azevedo Guimarães^{IV}.

RESUMO

Objetivo: analisar as características sociodemográficas, de história de uso e dependência de benzodiazepínicos. **Método:** estudo transversal, cuja amostra intencional foi composta de 219 usuários de benzodiazepínicos cadastrados em quatro equipes de saúde da família de um município da região Oeste de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro a maio de 2013, por meio da aplicação de um questionário semiestruturado. Para a tabulação e a análise descritiva dos dados utilizou-se os softwares EpiData 3.1 e EPINFO 6.04. **Resultados:** a maior parte de consumidores de benzodiazepínicos é do sexo feminino, com idade entre 53 e 60 anos. O Clonazepam foi o benzodiazepínico mais utilizado. Verificou-se que 181 indivíduos (82,6%) possuem dependência química de benzodiazepínicos. **Conclusão:** fatores como a imagem positiva, o baixo custo e troca de benzodiazepínicos, a medicalização de problemas pessoais, sóciofamiliares e profissionais, inadequações do tratamento contribuem para a dependência de benzodiazepínicos. **Palavras-chave:** Benzodiazepínicos; atenção primária; dependência de substâncias; saúde mental.

ABSTRACT

Objective: to analyze benzodiazepine users' socio-demographic characteristics, use history and dependence. **Method:** in this cross-sectional study of an intentional sample of 219 benzodiazepine users enrolled with four family health teams in the western Minas Gerais State, data was collected between January and May 2013 by applying an adapted questionnaire. EpiData 3.1 and EPINFO 6.04 software were used for data tabulation and descriptive analysis. **Results:** most of the benzodiazepine users were female, and 53 to 60 years old. Clonazepam was the benzodiazepine most commonly used, and 181 individuals (82.6%) were found to be chemically dependent on benzodiazepines. **Conclusion:** factors such as the positive image, low cost and swapping of benzodiazepines, medicalization of personal, social, family and professional problems, and treatment inadequacies contributed to benzodiazepine dependence. **Keywords:** Benzodiazepines; primary care; substance dependence; mental health.

RESUMEN

Objetivo: analizar las características sociodemográficas, historial de uso y la dependencia de las benzodiazepinas. **Métodos:** estudio transversal, cuya muestra intencional fue compuesta por 219 usuarios de benzodiazepinas registrados en cuatro equipos de salud de la familia de una ciudad de la región oeste de Minas Gerais. La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de enero a mayo de 2013, mediante la aplicación de un cuestionario semiestruturado. Para la tabulación y el análisis descriptivo de los datos se utilizaron los softwares EpiData 3.1 y EPINFO 6.04. **Resultados:** la mayoría de los consumidores benzodiazepinas son mujeres, con edades comprendidas entre 53 y 60 años. El Clonazepam fue el benzodiazepínico más utilizado. Se encontró que 181 pacientes (82,6%) tienen dependencia química a benzodiazepinas. **Conclusión:** los factores tales como la imagen positiva, el bajo costo y el intercambio de las benzodiazepinas, la medicalización de los problemas personales, sociales-familiares y profesionales y las inadecuaciones del tratamiento contribuyen a la dependencia a las benzodiazepinas. **Palabras clave:** benzodiazepinas; atención primaria; la dependencia de sustancias; salud mental.

INTRODUÇÃO

A atenção primária a saúde (APS) tem como um de seus objetivos possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demanda atenção em saúde mental¹. Este cuidado é facilitado pela possibilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa, uma vez que as equipes de saúde da família

(SF) trabalham com área delimitada e contam com o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Por estas características, faz parte do cotidiano dos profissionais de SF cuidar a todo instante de usuários em situação de sofrimento mental, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida².

^IEnfermeira. Professora da Universidade do Estado de Minas Gerais. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: vanessanurse22@yahoo.com.br

^{II}Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de São João Del Rei- Campus Dona Lindu. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: nadjaclb@terra.com.br

^{III}Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de São João Del Rei- Campus Dona Lindu. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: valeria.oli.enf@gmail.com

^{IV}Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Universidade Federal de São João Del Rei- Campus Dona Lindu. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. E-mail: elietealbano@hotmail.com

Os usuários portadores de sofrimentos mentais em geral apresentam redução significativa da qualidade de vida, com menor produtividade, maior morbidade e mortalidade, e maiores taxas de comorbidade. Partes destes enormes custos sociais diretos e indiretos podem ser agravadas por tratar-se de um grupo de transtornos subdiagnosticados, subavaliados e, com frequência, inadequadamente tratado³.

Dentre as doenças psiquiátricas que acometem a população atualmente, os grandes transtornos de humor e ansiedade são os mais comuns e são identificados com maior frequência nas unidades de AP. Para o tratamento desses transtornos de humor e ansiedade é comum nas unidades da estratégia de saúde da família (ESF) a prescrição de benzodiazepínicos (BZD), que estão entre os psicotrópicos mais prescritos, caracterizados como ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, anticonvulsivantes, relaxante muscular e coadjuvantes anestésicos³. Quando bem indicados, os BZD mostram-se úteis por apresentarem rápido início de ação, poucos efeitos colaterais e boa margem de segurança⁴.

Porém, o grande problema do uso indevido e indiscriminado de BZD surge a partir do momento em que ocorre a medicalização de problemas de vida ou pessoais, sociofamiliares e profissionais; o uso contínuo destes medicamentos pode provocar o fenômeno de tolerância, sendo necessárias doses cada vez mais altas para manter os efeitos terapêuticos desejados⁵.

Assim, a dependência química torna-se um fenômeno preocupante e comum nas unidades de atenção primária à saúde (UAPS). Sendo que, muitas vezes, usuários dependentes relutam em retirar gradualmente a medicação, alegando alterações no padrão de sono e repouso como a insônia e ansiedade^{6,7}. Diante do exposto, este estudo buscou caracterizar os aspectos sociodemográficos, história de uso e dependência de benzodiazepínicos entre usuários na atenção primária à saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

Os BDZ são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60. O Clordiazepóxido foi o primeiro BDZ lançado no mercado (1960), cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorrelaxantes. Por apresentarem elevada eficácia terapêutica, os BDZ apresentaram baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores estes que originaram uma rápida aceitação dos profissionais médicos a sua prescrição⁷.

Porém, posteriormente foram identificados os primeiros casos de uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância, de síndrome de abstinência e de dependência pelos usuários crônicos de BDZ^{8,9}.

Para dar sustentação teórica ao estudo, foram utilizados critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV

que é uma diretriz para profissionais da área da saúde mental, com definições de diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association - APA*)¹⁰.

Assim, foi definido o termo de dependência de substâncias como a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que um indivíduo continua a utilizar uma substância mesmo que esta provoque problemas significativos. O que leva a um padrão de auto administração repetida que resulta em tolerância, abstinência e uso compulsivo da substância.

A tolerância e abstinência podem estar associadas com o maior risco de problemas clínicos imediatos e com uma taxa de recaídas superior¹¹. Também foi utilizada a definição dos especificadores segundo DSM IV para dependência fisiológica que é quando a dependência de substância é acompanhada por evidências de tolerância e abstinência e sem dependência fisiológica que é quando não há evidências de tolerância ou abstinência, porém há sintomas compulsivos.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e transversal realizado em um município de médio porte da região oeste do Estado de Minas Gerais. A amostra intencional foi composta de usuários de BZD, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos cadastrados na farmácia municipal de referência de quatro equipes de SF da região oeste mineira, que receberam medicamentos nos últimos 12 meses, conforme o que regulamenta a Portaria n° 344¹². A população adscrita das quatro ESF perfaz o total de 10.050 habitantes.

A lista de medicamentos BZD dispensados pela farmácia, na APS do referido município, inclui o Diazepam 10mg, Clonazepam 2mg e Clonazepam 2,5mg/mL, Alprazolam 0,5 mg e Nitrazepam 5,0 mg dispensados mediante notificação de receita B, de acordo com a legislação que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial¹².

Constam cadastrados na farmácia municipal de referência das quatro unidades de SF, 295 usuários de BDZ. Deste universo, 76 usuários foram excluídos da pesquisa por não desejarem participar, ou devido a falecimento ou mudança de endereço. Portanto a amostra compreendeu 219 usuários que aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário adaptado⁶ acrescido de questões referentes aos critérios diagnósticos pra dependência de substâncias¹⁰. O questionário foi aplicado mediante visita domiciliar pela pesquisadora responsável pelo projeto, no período de janeiro a maio de 2013.

Os dados foram digitados no programa EPIDATA 3.01 e analisados no *software Statistical Package for*

the Social Sciences (SPSS®) 17.0. Para análise descritiva dos dados, as questões foram categorizadas como perfil sociodemográfico, perfil de condição de saúde e características da dependência química.

Neste estudo a dependência foi definida como um padrão mal adaptativo de uso dos benzodiazepínicos, manifestado por três ou mais critérios, ocorrido nos 12 últimos meses.

Além dos critérios de tolerância (critério 1) e abstinência (critério 2) para identificação da dependência fisiológica, foram utilizados os critérios de sintomas compulsivos para dependência química sem dependência fisiológica que são: Presença de consumo frequente e em maior quantidade por um período mais longo do que o pretendido (critério 3). Desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou parar com o uso da medicação (critério 4). Se muito tempo é gasto para obtenção de BZD (critério 5). Se importantes atividades são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de BZD (critério 6) e se há relato de algum problema de saúde ao utilizar BZD (critério 7).

Atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CONEP, que trata das normas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo os objetivos e a finalidade da pesquisa, a participação voluntária e a manutenção do anonimato dos sujeitos. O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ), por meio da CAE 09751212.5.0000.5545.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos Sujeitos

Entre os 219 sujeitos incluídos na pesquisa, verificou-se que 98 (44,6%) indivíduos encontram-se na faixa etária de 46 a 60 anos de idade e 71 (32,1%) no grupo acima de 60 anos. A média de idade encontrada foi de $53,6 \pm 12,2$ anos. Em relação ao sexo, 164 indivíduos (74,9%) eram do sexo feminino e 55 (25,1%) do sexo masculino. Ao analisar a situação conjugal, observou-se que mais da metade dos entrevistados eram casados ou encontravam-se em uma relação estável 152 (69,5%), de acordo com a Tabela 1.

A maioria deles 198 (90,4%) possuía filhos, sendo que, 144 (70,9%) informaram ter três ou mais filhos. Verificou-se baixo nível de escolaridade dos usuários de BZD, sendo que apenas 185 (84,4%) têm o ensino fundamental; e 118 (53,9%) declararam ser negros ou pardos. A religião católica foi predominante 128 (58,4%). Quanto à renda familiar, destacaram-se 170 (77,6%) que declararam receber de um a dois salários mínimos e 29 (13,2%) com renda de menos de um salário mínimo, conforme mostra a Tabela 1.

Os resultados demonstraram que grande parte dos usuários de BZD são do sexo feminino, idade entre 50 a

69 anos, com baixa escolaridade e renda, corroborando outros estudos¹³⁻¹⁷. Na APS o uso de BZD apresenta um padrão disfuncional repetitivo, no qual as mulheres - donas de casa, casadas, com três filhos ou mais, de menor escolaridade e, portanto, com menor informação, menor renda, papel de cuidadora e com conflitos familiares - estão sujeitas a uso maior de medicamentos potencialmente causadores de dependência, com efeitos colaterais orgânicos e mentais importantes.

O uso maior de BZD foi relatado por mulheres que informaram não estar atuando no mercado de trabalho. Estudo anterior identificou resultados semelhantes, usuários sem uma inserção profissional apresentaram maior prevalência de sofrimentos mentais¹⁵. Porém, outro estudo aponta que profissionais inseridos no mercado de

TABELA 1: Características sociodemográficas dos usuários cadastrados na farmácia municipal, Município da região oeste de Minas Gerais, 2013 (N=219).

Variáveis	n	%	
Sexo	Feminino	164	74,9
	Masculino	55	25,1
Idade	15-30 anos	05	2,8
	31-45 anos	45	20,8
	46-60 anos	98	44,6
	> de 60 anos	71	32,1
Estado civil	Casado/união estável	152	69,5
	Viúvo	38	17,4
	Solteiro	29	13,2
Paternidade	Com filhos	198	90,4
	Sem filhos	21	9,6
Escolaridade	Analfabetos	15	6,8
	Ensino fundamental	185	84,4
	Ensino médio	14	6,4
	Ensino superior	5	2,3
Raça	Negros ou pardos	118	53,9
	Brancos	91	41,6
	Amarelos ou indígenas	10	4,6
Religião	Católico	128	58,4
	Evangélica	64	29,2
	Espírita	06	2,7
	Agnósticos	21	9,6
Ocupação(*)	Grupo 1	31	14,2
	Grupo 2	10	4,6
	Grupo 3	178	81,4
Renda(**)	≤1 salário mínimo	29	13,2
	>1 salário mínimo	170	77,6
	≥3 salários mínimos	20	9,1
Jornada de trabalho	20 horas semanais	20	20,4
	40 horas semanais	38	38,8
	>40 horas semanais	40	40,8
Aposentados	Sim	70	32
	Não	149	68

(*) Grupo 1: Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados. Grupo 2: Trabalhadores agropecuários, florestais, caça e pesca. Grupo 3: Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais.

(**) Valor salário mínimo: R\$ 678,00 reais.

trabalho, expostos a fatores como estresse no ambiente ocupacional, má remuneração, falta de motivação e longas jornadas de trabalho, também fazem o uso de BZD¹⁸.

Estudos afirmam que além da questão de gênero, questões culturais e sociais, a imagem representativa da mulher na publicidade da indústria farmacêutica, acaba sendo determinante e interfere na abordagem clínica fazendo com que os profissionais médicos se tornem mais suscetíveis ao diagnóstico de quadros como ansiedade e depressão no gênero feminino^{13,19-22}. Além disso, há estudos com mulheres no climatério, que estima uma prevalência significativa de depressão e ansiedade nas pacientes; 36,8 e 53,7%, respectivamente, sendo que alguns dos sinais e sintomas desta fase como insônia, irritabilidade estão sendo tratados com BZD²³⁻²⁵.

Condições de saúde dos sujeitos

Na caracterização das condições de saúde, observou-se que 153(69,9%) sujeitos relataram possuir algum tipo de doença. Entre as doenças citadas, destacam-se hipertensão arterial 68 (44,4%), diabetes 32 (20,5%), hipertensão arterial e diabetes 25 (16,3%) e outras doenças como depressão, cardiopatias e doenças osteomusculares - 28 (18,3%). Ainda verificou-se que 79,5% entrevistados consultaram no último ano; 92,7% relataram possuir a receita médica com prescrição de BZD, sendo o clínico geral/médico da SF o profissional que mais prescreveu (71,2% das prescrições).

Quanto ao uso do BZD, 131 indivíduos (59,8%) informaram o uso de acordo com a prescrição. O tempo de uso prolongado foi observado, pois, 126 (57,5%) sujeitos relataram uso de BZD há mais de três anos. O principal motivo de uso neste estudo foi insônia relatada por 107 indivíduos (49,1%), seguido por motivo de ansiedade com 72 indivíduos (33,0%) conforme mostra a Tabela 2.

Vários estudos apontam o Diazepam como o psicofármaco mais prescrito, entretanto, nesta pesquisa, o Clonazepam foi o BZD mais utilizado, seguido por usuários de Diazepam¹⁷⁻¹⁹. Pesquisa realizada no Brasil demonstrou que, no ano de 2004, o Clonazepam foi o sexto entre os 10 medicamentos mais vendidos, passando para a segunda posição no ano de 2008²⁰. O Bromazepam, Nitrazepam e Alprazolam também são utilizados pelos usuários, porém, em menor número. Não houve relato do uso de Midazolam, Lorazepam e Flurazepam.

Entre os fatores que compreendem o uso inadequado de BZD, destaca-se o tratamento prolongado como um dos mais frequentemente relatados, corroborando outros autores^{13,15,17}. A dose diária e o tempo de uso dos BZD são fatores para determinação de um quadro de dependência. Refere-se que o uso de até 3 meses apresenta baixo risco. Entre três e 12 meses de uso, o risco aumenta entre 10% a 15% e por mais de 12 meses apresenta risco de 25% a 40%²⁰.

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos usuários usava a medicação por mais de

três anos e de modo contínuo, com relato de alguns clientes que já fazem uso há mais de 30 anos.

A motivação de uso foi relatada, principalmente, por problemas de insônia e a ansiedade (por exemplo, sintomas de pânico, situações estressantes, como brigas familiares, problemas relacionados ao trabalho), ou fuga dos problemas familiares ou pessoais; ainda, verificaram-se situações que envolviam luto ou dor. Muitos usuários relataram ainda o uso de BZD para tratamento principal da depressão e não como adjuvante, o que demonstra desconhecimento por parte dos clientes em relação ao consumo de BZD e do profissional quanto à prescrição²⁶.

O uso de BZD em clientes que autorrelataram morbidades foi descrito em outros estudos^{4,6,24,27-29}, e traz preocupação quanto à possibilidade de interações medicamentosas. Principalmente entre os hipertensos e idosos, pelos agravos desencadeados pelo uso de BZD pelo efeito depressor central e da hipotensão ortostática comum aos anti-hipertensivos, acentuando o risco de quedas entre os usuários particularmente entre idosos^{18,29}. Além disso, estudo¹⁵ aponta que os BZD estão sendo utilizados como um recurso importante no tratamento da hipertensão arterial, visando um controle do estado emocional dos usuários, evitando assim picos de elevação da pressão arterial.

O uso de BZD sofre influência de vários fatores que vão desde sua imagem positiva de ansiolítico, passando pela facilidade médica em receitá-los e a automedicação, até a popularização entre pares, através do empréstimo e/ou indicação entre familiares ou amigos. Neste estudo,

TABELA 2: Características das condições de saúde dos usuários cadastrados na farmácia municipal. Município da região oeste de Minas Gerais, 2013 (N=219).

Variáveis	n	%
Doença		
autorrelatada	Sim	153 69,9
	Não	66 30,1
Consulta médica	No último ano	174 79,5
	Entre 1 e 5 anos	20 9,1
	Há mais de 5 anos	15 11,4
Possui receita de BZD(*)	Sim	203 92,7
	Não	16 7,3
Médico prescriptor	Médico da saúde da família	156 71,2
	Psiquiatra	35 16,0
	Neurologista	18 8,2
	Outros	10 4,6
Uso conforme prescrição médica	Sim	131 59,8
	Não	88 40,2
Tempo de uso de BZD	<1 ano	35 16,0
	Entre 1 e 3 anos	58 26,5
	> 3 anos	126 57,5
Motivação do uso	Insônia	107 49,1
	Ansiedade	72 33,0
	Outros	39 17,9

(*) BZD = benzodiazepínico.

observou-se que grande parte das prescrições de BZD foi realizada por clínicos gerais/médicos da SF, o que corrobora outros estudos^{15,26-31}. Este fato pode estar relacionado ao local da pesquisa, porém, estudos apontam que especialidades médicas como neurologia e psiquiatria restringem e prescrevem menos BZD por conhecerem melhor seus efeitos³⁰⁻³³.

A prescrição de BZD por clínicos gerais/ médicos da SF pode estar relacionada ao despreparo deles para prescrever BZD, o desconhecimento do percentual de dependentes de BZD, a gravidade deste uso e dos efeitos colaterais das drogas. Outros fatores também podem estar envolvidos como: consulta médica apenas para a renovação da receita de BZD, sem um acompanhamento especializado, a falta de tempo para uma orientação detalhada ou indicação de outras práticas terapêuticas³⁰⁻³².

Sobre o elevado consumo de BZD entre os usuários, atendimentos por médicos não especialistas, um estudo questiona tal fato e aponta que o ideal seria que a prescrição fosse realizada pelo neurologista ou psiquiatra, pois a ausência destes profissionais pode comprometer a qualidade da prescrição³³. Além disso, o estudo referido afirma que a prescrição por outros profissionais contribui para um possível equívoco no diagnóstico e uso desnecessário de medicamentos de ação central, e favorece o uso irracional e não monitorado dos medicamentos antidepressivos e psicotrópicos em geral, o que pode levar à iatrogenia e até mortalidade.

Porém, essa questão é contrária às diretrizes estabelecidas para a APS que prioriza prevenção e promoção no nível primário, bem como o trabalho em equipe interdisciplinar, baseado em uma rede de atenção psicossocial, centrada no indivíduo/família e suas necessidades e que interaja com outros setores da sociedade.

Estudo demonstra que usuários de BZD comparecem mais às unidades de SF para consulta médica, uma vez que a prescrição de BZD geralmente é padronizada e em geral vale por dois meses^{12,31}. No entanto, ressalta-se que muitos usuários comparecem à consulta médica somente para a revalidação ou obtenção de uma nova receita com prescrição, fonte primária de suprimento de BZD pelos indivíduos que usam abusivamente esse tipo de medicamento.

Uso de BZD e dependência

Na análise do consumo de BZD pelos usuários cadastrados na farmácia municipal, de acordo com os critérios diagnósticos para dependência química, observou-se que 181 (82,65%) sujeitos são considerados dependentes químicos. Destes, 157 (86,7%) têm dependência química fisiológica. Verificou-se também que entre os dependentes químicos, 125 (69,0%) apresentaram sintomas de tolerância (critério 1) e 163 (90,0%) sintomas de abstinência (critério 2).

Ao analisar os critérios de sintomas compulsivos, verificou-se que o critério 3 acomete 152 (69,4%), o critério 4 foi informado por 145 (66,2%) e 120 (54,8%) relataram que não possuem dificuldade em conseguir a

medicação (critério 5). Já em relação ao critério 6, 160 (73,1%) informaram não ter deixado de realizar importantes atividades e 198 (90,4%) declararam que não tiveram nenhum problema ao utilizar BZD (critério 7), conforme demonstrado na Tabela 3.

TABELA 3: Caracterização do uso de benzodiazepínicos de acordo com os critérios diagnósticos para dependência química, segundo o DSM IV. Minas Gerais, 2013. (N=219).

Variáveis	Não n(%)	Sim n(%)
Dependência química	38(17,35)	181(82,65)
Dependência química fisiológica	24(13,26)	157(86,74)
Sintomas de tolerância	56(30,94)	125(69,06)
Sintomas de abstinência	18(9,95)	163(90,05)

Neste estudo, constatou-se que a maioria dos usuários não teve sucesso na suspensão do uso dos BZD, o que caracteriza dependência dessa medicação. Diante disso, a suspensão do tratamento poderia acarretar a instalação dos sintomas indesejáveis da síndrome de abstinência ou da reagudização da doença.

O insucesso da tentativa de interrupção do uso de BZD pode estar relacionada à dificuldade em distinguir os sintomas da abstinência do reaparecimento dos sintomas da ansiedade¹⁰.

Quando questionados se o uso de BZD provocou ou piorou algum problema de saúde, expressiva maioria negou tal consequência. Porém, os poucos usuários que relataram ter algum efeito colateral ao utilizar BZD informaram ter a sensação de *boca seca*, o que levava à ingestão de elevada quantidade de água, sentir tonturas, cefaleia e sinais de sonolência. Tais sintomas observados correspondem ao que está previsto farmacologicamente e notificado nas bulas dos medicamentos.

CONCLUSÃO

Este estudo descreveu as características sociodemográficas, história de uso e dependência de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde. Os resultados revelaram que o perfil de usuários de BZD, ressalta mulheres, com idade entre 50 e 69 anos, vulneráveis à dependência, com baixa escolaridade e renda, sem vínculos empregatícios, com histórico de doenças crônicas instaladas. Além disso, observou-se que essas mulheres farmacodependentes estão sendo medicadas com BZD para o tratamento da depressão, sintomas climatéricos e controle da pressão arterial.

Afirmar que a prescrição deveria ser feita por psiquiatras ou neurologistas é contraditória à proposta da ESF que deve e pode ser resolutiva na maioria dos casos de transtornos mentais leves. É preciso que haja discussão de casos, considerando risco e vulnerabilidade.

de. Além disso, o suporte do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, constituído por uma equipe multidisciplinar, precisa promover os processos de trabalho em conjunto com os profissionais da APS, reforçando assim a integralidade do cuidado, por intermédio da clínica ampliada, e auxiliando no fortalecimento da capacidade de análise dos problemas e necessidades de saúde para as intervenções adequadas.

A limitação deste estudo refere-se ao local em que a pesquisa foi realizada, equipes de saúde da família localizadas em bairros considerados socioeconomicamente desfavorecidos, o que pode ter contribuído para as características, do perfil da amostra estudada. A contribuição reside no campo das políticas públicas de saúde, pois aponta para necessárias mudanças na prescrição, dispensação e utilização de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Saúde mental. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
2. Ramos LS, Beck CLC, Freitas NQ, Dissen CM, Fernandes MNS, Colomé ICS, Comissão de saúde mental; estratégias na busca de espaços na atenção básica. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21(esp.1): 581-6.
3. Forsan MA. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prologando. Universidade Federal de Minas gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de educação em Saúde Coletiva. Campos gerais, monografia.
4. Naldo DCC, Filho SB, Lopes LC, Lopes FC, Bergamasch CC, Del fiol FS. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. *Ciênc Saúde coletiva*, 2016; 21(4): 1267-76.
5. Ferrari CKB, Brito LF, Oliveira, CC, Moraes EV, Toledo OR. David FL. Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos: um problema de saúde pública. *Rev Ciênc Farm Básica*. 2013; 34(1): 109-16.
6. Santos RC. Perfil dos usuários de psicofármacos atendidos pela estratégia de saúde de família da zona urbana do município de presidente Juscelino [monografia]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
7. Santos HC, Ribeiro RR, Ferrarini M, Fernandes JPS. Possíveis interações medicamentosas com psicotrópicos encontradas em pacientes da zona Leste de São Paulo. *Rev Ciênc Farm Básica Apli*. 2009; 30(3): 285-9.
8. O'Brien CP. Benzodiazepine Use, abuse, and dependence. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005; 66(suppl2): 28-33.
9. Silva JA. História dos benzodiazepínicos. In: Bernik MA, editor. Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência. São Paulo: 1999. p. 15-28
10. Associação Americana de Psicologia. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM -IV- TRTM. Artmed. 2000.
11. Secretaria de Estado de Saúde (MG). Linha guia atenção em saúde mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte (MG): SES; 2006.
12. Ministério da Saúde (Br). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n° 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 de dezembro 1998. [citado 2012 dez. 15]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm.
13. Souza ARL, Opaleye ES, Noto AR. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciênc saúde coletiva [serial on the Internet]*. 2013 [citado em 26 jan 2016]; 18(4): 1131-40.
14. Alvarenga JM, Filho AIL, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchoa, E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Rev. Bras Psiquiatr*. 2008; 30(1).
15. Firmino KF, Abreu MH, Perini E, Magalhaes SM. Factors associated with benzodiazepine prescription by local health services in Coronel Fabriciano, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(6): 1223-32.
16. Estrela KSR, Loyola CMD. Administration of medication to use when needed and the care of psychiatric nursing. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(4): 563-7.
17. PCPT Filho, Almeida AGP, Pinheiro MLP. Automedicação em idoso: um problema de saúde pública. *Rev. enferm UERJ*. 2013; 21(2): 197-201.
18. Mendonça RT, Carvalho ACD, Vieira EM, Adorno CF. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e Sociedade*. 2008; 17(2): 95-106.
19. Nordon DG, Akamine K, Novo NF, Hübner C von K. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Rev Psiquiatr Rio Gde Sul*. 2009; 31(3): 152-8.
20. Monteiro VFF. Perfil dos medicamentos ansiolíticos atendidos na farmácia municipal do município de Campos dos Goytacazes - RJ no ano de 2008. [monografia]. Campos de Goytacazes(RJ): Faculdade de Medicina de Campos; 2008.
21. Graeff FG; Guimarães FS. Fundamentos de psicofarmacologia. São Paulo: Editora Atheneu; 1999.
22. Mendonça RT, Carvalho ACD, Vieira EM, Adorno RdCF. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e Sociedade*. 2008; 17(2): 95-106.
23. Polisseni AF, Araújo DAC, Polisseni FM, Mourão CA, Polisseni J, Fernandes ES. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. *Rev bras Ginecol Obstet*. 31(1): 28-34.
24. Fang SY, Chen CY, Chang IS, Wu ECH, Chang CM, Lin KM. Predictors of the incidence and discontinuation of long-term use of benzodiazepines: a population-based study. *Drug Alcohol Depend*. 2009; 104(1): 140-6.
25. Hermosa AB, Mejía RC. Memopausa y estereotipos de género: importancia del abordaje desde la educación para la salud. *Rev enferm UERJ*, 2014; 22(2): 182-6.
26. Nordon DG, Hubner CK. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Diagn Tratamento* 2009; 14(2): 66-9.
27. Facury APM. A saúde mental na Estratégia de Saúde da Família Dr. Roberto Andrés: Entre Rios de Minas. Belo Horizonte(MG): Editora UFMG; 2010.
28. Santos HC, Ribeiro RR, Ferrarini M, Fernandes JPS. Possíveis interações medicamentosas com psicotrópicos encontradas em pacientes da Zona Leste de São Paulo. *Rev Ciênc Farm Básica Apli*. 2009; 30(3): 285-9.
29. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, Pizzol TDs, Arrais PSD, Mengue SS. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev. Saúde Pública*. 2016; 50(Suppl 2): 9s.
30. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev Lat Am Enferm*. 2005; 13: 896-902.
31. Auchewski L, Andreatini R, GJF, Lacerda, RB. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004. 26(1): 24-31.
32. Anthierens S, Pasteels I, Habraken H, Steinberg P, Declercq T, Christiaens T. Barriers to nonpharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia: family physicians' attitudes toward benzodiazepine prescribing. *Can Fam Physician*. 2010; 56(11): 398-406.
33. Ferrari CKB, Brito LF, Oliveira CC, Moraes, EV, Toledo OR, David FL, Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos: um problema de saúde pública. *Rev Ciênc Farm Básica Apli*. 2013; 34(1): 109-16.