Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde

Challenges in benzodiazepines prescriptions in basic health units

Renata Mezzari[1], Betine Pinto Moehlecke Iser[2]

RESUMO

Introdução: Os benzodiazepínicos (BZDs) são drogas psicotrópicas que atuam no controle de transtornos de humor e ansiedade. O objetivo deste estudo foi avaliar o consumo de benzodiazepínicos em duas unidades de saúde de Tubarão/SC, sendo uma de área urbana e outra de área rural, a partir das características dos usuários e dos medicamentos utilizados. **Métodos:** Estudo observacional transversal, por meio de análise de prontuários de indivíduos em uso de BZDs há pelo menos dois meses, cadastrados em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Tubarão/SC. **Resultados:** Foram identificados 203 indivíduos em uso de BZDs, correspondentes a 4,7% da amostra total, sendo a prevalência maior na área rural (6,7%) do que na área urbana (3,3%; RP 2,03 IC95% 1,55-2,68; p<0,001). Entre os usuários, 72,9% são do sexo feminino, 70% são casados, 75,9% não estão inseridos no mercado de trabalho e possuem em média 60,16 (±13,73) anos. O medicamento mais relatado foi o clonazepam (48,8%), seguido pelo diazepam (26,6%). O clínico geral emitiu 56,7% das prescrições, e as principais indicações foram referentes aos sintomas depressivos, ansiosos e dificuldade para dormir. O tempo mediano de uso do medicamento foi 4 anos (0-15 anos). Os residentes da área rural apresentaram maior tempo de uso e maior número de receituários renovados. **Conclusão:** O consumo de BZD foi maior entre mulheres, idosos, casados e indivíduos economicamente inativos e moradores da área rural. A maioria das prescrições foi realizada por um clínico geral.

UNITERMOS: Benzodiazepínicos, Serviços de Saúde Rural, Perfil de Saúde, Medicamentos sob Prescrição.

ABSTRACT

Introduction: *Benzodiazepines (BZDs) are psychotropic drugs that act in the control of mood disorders and anxiety. The aim of this study was to assess BDZs consumption in two health units located in a urban and in a rural area in Tubarão, SC, from the characteristics of users and medications used.* ***Methods:*** *A cross-sectional, observational study, through analysis of medical records of individuals using BDZs for at least two months, registered in one of two Family Health Units in the city of Tubarão, SC.* ***Results:*** *203 users of benzodiazepines were identified, corresponding to 4.7% of the total sample, with a higher prevalence in the rural (6.7%) than in the urban area (3.3%; PR 2.03 CI 9595% 1.55 to 2.68; p <0.001). Among the users, 72.9% are female, 70% are married, 75.9% are not included in the labor market, and the mean age is 60.16 (± 13.73). The most frequently reported drug was clonazepam (48.8%), followed by diazepam (26.6%). 56.7% of prescriptions were issued by a general practitioner and the main indications were related to depressive symptoms, anxiety and difficulty sleeping. The median duration of drug use was 4 years (0-15 years). Residents of rural areas showed longer use and more prescriptions renewals.* ***Conclusion:*** *BZDs consumption was higher among females, older, married, and economically inactive individuals and residents of the rural area. Most prescriptions were performed by a GP.*

KEYWORDS: *Benzodiazepine, Rural Health Services, Health Profile, Prescription Drugs.*

[1] Aluna do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).
[2] Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora da Faculdade de Medicina na Unisul, Tubarão/SC.

INTRODUÇÃO

Na prática clínica, os benzodiazepínicos (BZDs) são drogas psicotrópicas que agem no sistema nervoso central, atuando no controle de transtornos de ansiedade e pânico, insônia, epilepsia, além de ser adjuvante no tratamento das principais psicoses, abstinência alcoólica e sedação para a realização de procedimentos cirúrgicos (1,2). Assim, a substância foi aderida de forma positiva pela classe médica, sendo considerada, inicialmente, uma medida terapêutica segura e de baixa toxicidade em relação aos barbitúricos. Este contexto proporcionou a cronificação de tratamentos e o consumo indiscriminado (3).

Estima-se que os BZDs já tenham sido consumidos por 1 a 3% de toda a população ocidental de forma regular por mais de um ano (4). Sabe-se ainda que um em cada dez adultos recebe prescrição de BZD por um clínico geral, de acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (5). Já em relação ao perfil dos usuários, a predominância é do sexo feminino, estado civil casado, donas de casa e baixo nível socioeconômico, segundo a literatura (6-9).

No Brasil, os dados corroboram com a literatura científica internacional relacionada às estatísticas sobre a prática inadvertida dos BZDs, conforme análise do II Levantamento domiciliar sobre o uso de medicamentos psicotrópicos, apurado em 2005. O Sudeste e Sul são, respectivamente, as regiões que possuem as maiores proporções de indivíduos em consumo do fármaco. Calcula-se que a utilização da substância dobra a cada cinco anos (8).

Os efeitos colaterais, a dependência e a abstinência devem ser considerados perante a análise do risco e benefício ao tratamento. A educação médica a respeito do aconselhamento ao paciente deve ser valorizada de modo a melhorar a qualidade das orientações fornecidas e aderência consciente por ambas as partes.

O presente trabalho visa à avaliação da atual situação relacionada ao uso de benzodiazepínicos em pacientes atendidos em duas unidades de saúde de Tubarão/SC, sendo uma de área urbana e outra de área rural, com base na descrição das características do usuário e dos medicamentos utilizados.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo epidemiológico com delineamento observacional do tipo transversal. A população do estudo consistiu em indivíduos em uso de Benzodiazepínicos (BZDs) havia pelo menos dois meses, cadastrados em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Tubarão/SC: USF Vila Esperança, localizada em região urbana, e USF Km 63, pertencente à zona rural. Essas unidades de saúde foram selecionadas por conveniência a partir de informações fornecidas pela coordenadora da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município, seguindo os critérios de: método de organização dos prontuários na equipe, qualidade dos registros em prontuários e dos cadastros das agentes comunitárias de saúde (ACS), facilidade de acesso à área e zona territorial.

Os indivíduos consumidores do fármaco foram inicialmente selecionados através dos registros controlados pelas ACS, em função da sua qualidade, seguido de uma busca de dados de forma ativa nos prontuários destes mesmos pacientes, para coleta de informações adicionais sobre o uso de medicamentos. A pesquisadora teve acesso aos prontuários mediante ciência das coordenações e demais profissionais das equipes de saúde envolvidas no estudo.

Foram estudadas variáveis relacionadas ao perfil dos pacientes incluindo: sexo, idade, estado civil e profissão. As variáveis direcionadas ao uso do medicamento, como ano de início do consumo, medicação genérica prescrita, número de receituários renovados até a data da coleta dos dados, indicação primária do uso (diagnóstico inicial), existência de acompanhamento psiquiátrico e última consulta direcionada para a reavaliação quanto à necessidade do seguimento do tratamento, também foram investigadas. Ao término da busca das variáveis nas duas USF, foi realizada uma análise comparativa entre as zonas rural e urbana.

Os dados foram organizados e analisados no software Epinfo 3.5.4, de domínio público, sendo os dados faltantes excluídos análise por análise. As variáveis quantitativas foram descritas por meio da média ou mediana como medida de tendência central e o desvio-padrão e variações para mensurar a dispersão dos dados, de acordo com a normalidade dos mesmos a partir do teste de Shapiro-Wilk. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequência absoluta e percentual. As diferenças nas proporções foram testadas pelo teste de qui-quadrado (X^2) ou prova exata de Fisher, e diferenças de médias pelo teste t ou de medianas pelo teste U de Mann-Whitney, conforme adequação dos dados. Para comparação de prevalências, foi utilizada a Razão de Prevalência (RP), com intervalo de confiança (IC) de 95%. O nível de significância estatística adotado foi de 5% (valor de $p < 0,05$).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), em cumprimento às normas e diretrizes para pesquisa envolvendo seres humanos, constante na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (parecer número 384.575, de 12/09/2013).

RESULTADOS

Foram analisadas na unidade rural, ESF Km 63, cinco microáreas, o que representa a totalidade das 600 famílias cadastradas. Na área urbana, ESF Vila Esperança, foram estudadas cinco das sete microáreas existentes, em virtude de afastamento e férias de duas das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no período da coleta de dados. As cinco microáreas estudadas nesta última englobam 827 famílias, cerca de 71% do total de pessoas vinculadas ao serviço.

Foram identificados 203 indivíduos em uso dos benzodiazepínicos (BZD) nas duas Unidades de Saúde incluídas no estudo, sendo 121 (59,6%) na área rural e 82 (40,4%) na área urbana. Considerando uma média de três indivíduos por família, pode-se estimar um total de 1.800 pessoas na área rural e 2.481 na área urbana. Com base nessa população total, pode-se estimar uma prevalência de uso de BZD maior na área rural (6,7%) do que na área urbana (3,3%; RP 2,03 IC95% 1,55-2,68; p<0,001).

A análise das características dos pacientes em uso de BZD revelou uma maior frequência entre as mulheres (72,9%) e entre os casados (70%), com média de idade de 60,16 (±13,73) anos. Na categoria profissão, 109 (53,7%) pessoas são aposentadas, 45 (22,2%) do lar e 42 (20,7%) indivíduos foram classificados em outras ocupações, como comerciante, diarista e pedreiro. Esse perfil foi semelhante entre as áreas rural e urbana (Tabela 1).

A respeito do diagnóstico inicial atribuído à justificativa do uso medicamentoso para determinado paciente, contabilizou-se um total de 78 (38,4%) indicações por Transtorno Depressivo Maior; tal achado altera-se para 28,9% em área rural e 52,4% em perímetro urbano. Já os registros por Insônia e Transtorno de Ansiedade Generalizada englobaram 43 (21,2%) e 27 (13,1%) indivíduos da amostra total, respectivamente. Outras patologias descritas foram: Esquizofrenia, Epilepsia e Transtorno do Pânico. Dos pacientes avaliados, 12,8% não possuíam esta variável especificada em prontuário (Tabela 2).

Os medicamentos usados em um primeiro momento com maior frequência foram clonazepam (38,9%), seguidos do diazepam (26,6%) e bromazepam (20,7%). Este padrão modificou-se em meio urbano, sendo equivalente a 48,8% dos pacientes adeptos ao clonazepam e apenas 14,6% para o diazepam. Em relação ao medicamento usado atualmente, ou seja, no momento da coleta de dados, foram estimados 48,8% associados ao clonazepam e 20,2% ao diazepam na amostra total. Nas duas áreas distintas analisadas, também foi verificada uma maior frequência atual no consumo de clonazepam em relação ao diazepam (Tabela 2).

Englobando a amostra completa da pesquisa, foi avaliada a especialidade do médico responsável pela prescrição inicial do BDZ, o qual totalizou 115 (56,7%) indicações pelo clínico geral, médico responsável pela unidade de saúde, 44 (21,7%) por psiquiatras e, também, 44 (21,7%) foram classificados em outras especialidades, com destaque para os cardiologistas e neurologistas (Tabela 2).

O tempo de uso dos BZDs variou de 0 a 15 anos, com mediana de 4 anos e média de 5,0 (±3,4) anos, com maior tempo de uso na zona rural do que na área urbana (Tabela 3). No total, 46,3% dos pacientes utilizam o medicamento há cinco anos ou mais, sendo que destes 52,9% são residentes da zona rural e 36,6% estão entre os da zona urbana. A mediana de receituários renovados foi de 22, com ampla variação (de 1 a 85). O número de receituários renovados foi maior para a área rural (28; 1-85) em relação à urbana (15; 2-47), aumentando de acordo com o tempo de uso do medicamento, conforme demonstrado na Tabela 3.

Entre os 203 usuários de BZD estudados, 120 (59,1%) não tiveram avaliação psiquiátrica, e esse percentual não

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes usuários de benzodiazepínicos em duas unidades de saúde de Tubarão/SC, segundo área geográfica.

	Amostra Total N (%)	Área Rural N (%)	Área Urbana N (%)
Amostra estudada	203 (100)	121 (59,6)	82 (40,4)
Sexo			
Feminino	148 (72,9)	85 (70,2)	63 (76,8)
Masculino	55 (27,1)	36 (29,8)	19 (23,2)
Estado civil			
Solteiro	8 (3,9)	7 (5,8)	1 (1,2)
Casado	142 (70,0)	84 (69,4)	58 (70,7)
Divorciado	32 (15,8)	19 (15,7)	13 (15,9)
Viúvo	21 (10,3)	11 (9,1)	10 (12,2)
Profissão			
Aposentado	109 (53,7)	69 (47,0)	40 (48,8)
Do lar	45 (22,2)	26 (21,5)	19 (23,2)
Outros	42 (20,7)	19 (15,7)	23 (28,0)
Média de idade ± DP	60,16 (13,7)	60,65 (14,3)	59,45 (12,8)

Tabela 2 – Caracterização do uso de benzodiazepínicos em duas unidades de saúde de Tubarão/SC: profissional que prescreveu, diagnóstico inicial e tipo de medicamentos utilizados, segundo área geográfica.

	Amostra Total N (%)	Área Rural N (%)	Área Urbana N (%)
Profissional que prescreveu			
Clínico Geral	115 (56,7)	63 (52,1)	52 (63,4)
Psiquiatra	44 (21,7)	25 (20,7)	19 (23,2)
Outro	44 (21,7)	33 (27,3)	11 (13,4)
Cardiologista	19 (43,2)	12 (36,4)	7 (63,6)
Neurologista	13 (29,5)	12 (36,4)	1 (9,1)
Infectologista	2 (4,5)	1 (3,0)	1 (9,1)
Diagnóstico inicial			
TDM	78 (38,4)	35 (28,9)	43 (52,4)
Distúrbio do Sono	43 (21,2)	27 (22,3)	16 (19,5)
TAG	27 (13,3)	16 (13,2)	11 (13,4)
Não informado	26 (12,8)	23 (19,0)	3 (3,7)
Medicamento Inicial			
Clonazepam	78 (38,9)	39 (32,2)	40 (48,8)
Diazepam	54 (26,6)	42 (34,7)	12 (14,6)
Bromazepam	42 (20,7)	24 (19,8)	18 (22,0)
Medicamento Atual			
Clonazepam	99 (48,8)	52 (43,0)	47 (57,3)
Diazepam	41 (20,2)	34 (28,1)	7 (8,5)
Bromazepam	37 (18,2)	21 (17,4)	16 (19,5)

Nota: TDM= Transtorno Depressivo Maior TAG= Transtorno de Ansiedade Generalizada

Tabela 3 – Descrição do tempo de uso, renovações de receita e acompanhamento psiquiátrico entre usuários de benzodiazepínicos em duas unidades de saúde de Tubarão/SC, segundo área geográfica.

	Amostra Total (N=203)	Área Rural (N=121)	Área Urbana (N=82)	Valor p
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Mediana de tempo de uso (min-max)	4 (0-15)	5 (0 – 15)	3 (0 – 14)	0,0008*
Mediana nº receituários renovados (min-max)	22 (1 – 85)	28 (1 – 85)	15 (2 – 47)	<0,001*
Mediana de renovações de acordo com o tempo de uso (min-max)				
≥ 5 anos	36,5 (1 – 85)	47,5 (1 – 85)	25,0(5 – 47)	<0,001**
< 5 anos	15,0 (1 – 57)	19,0 (1 – 57)	12,0 (2 – 47)	
Acompanhamento Psiquiátrio				
Sim	83 (40,90)	50 (41,30)	33 (40,2)	0,87#
Início do consumo no psiquiatra	45 (22,20)	19 (15,70)	26 (31,70)	0,0071#
Não	120 (59,10)	71 (58,70)	49 (59,80)	0,87#

* teste U de Mann-Whitney **valor de p correspondente à comparação de medianas, segundo tempo de uso em cada área # teste do Qui-quadrado

apresentou diferença estatisticamente significativa entre as áreas abordadas. Por outro lado, na população da área rural, 15,7% iniciaram o consumo junto com a avaliação psiquiátrica, frequência menor do que a verificada nos pacientes do perímetro urbano (31,7%) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A classe medicamentosa dos benzodiazepínicos (BZDs) é uma das mais prescritas no mundo. Atualmente, representa 85% de todas as vendas de psicotrópicos, detendo aproximadamente 5,8% do mercado mundial (10). No Brasil, esta prevalência é cerca de 3,8%, ocupando a terceira colocação em vendas (4). De acordo com o Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas (CEBRID), o uso de BZD em algum momento na vida por pessoas de 12 a 65 anos mostrou um aumento de 3,3% para 5,6%, no período compreendido entre 2001 e 2005 (8). Na presente pesquisa, o consumo da substância referente à amostra total revelou-se abaixo da média nacional (4,7%), porém superior na área rural, quando analisada de forma isolada.

A avaliação distinta do uso deste fármaco entre habitantes considerados rurais ou urbanos ainda é um fator pouco descrito. Contudo, a literatura evidencia uma frequência aumentada de consumo entre a população com menor renda e escolaridade (6-8), situações usualmente atribuídas à zona rural. Outra possível explicação foi relatada por um estudo que avaliou a morbidade entre trabalhadores rurais, onde os pacientes referiam os problemas laborais como principal causa para seu adoecimento. O excesso de trabalho e a desvalorização externa de seu esforço foram apontados como fatores desencadeadores da doença mental (11). Configura-se, então, uma elevada procura de BDZ como meio alternativo para amenizar este cenário, já que o amplo índice terapêutico e a boa tolerabilidade inovaram o manejo de transtornos psiquiátricos (12,13).

Entre os usuários, predominaram as pessoas do sexo feminino, casados e idosos, confirmado por outros trabalhos já publicados (6-8, 14). Atribui-se tal situação ao fato da mulher ser mais perceptiva à sintomatologia, procurar atendimento precoce, apresentar menos resistência ao uso de medicamento e, ainda, possuir uma maior expectativa de vida. Também é evidente entre elas a maior prevalência de patologias que cursam com ansiedade e depressão, enfermidades associadas a um consumo terapêutico elevado de BZD (15). Além desses fatores, Mastroianni *et al.* verificaram que, tanto para ansiolíticos como para antidepressivos, as propagandas de medicamentos utilizam majoritariamente figuras femininas, o que pode ter impacto direto sobre a prescrição e própria adesão ao tratamento (16)

A média de idade da amostra analisada foi contabilizada em 60,16 anos, o que reforça a documentação de uma maior indicação e consumo pelo público idoso (6-8,14,17). O processo de envelhecimento é acompanhado pelo aumento de doenças neurológicas e psiquiátricas, o que justifica o alto índice de consumo por esta faixa etária. Esta condição associada à senilidade geram vulnerabilidade à polifarmácia, culminando em outras complicações, como a interação medicamentosa e o risco de toxicidade. Pesquisas apontam que mais de 80% dos indivíduos em idade avançada fazem uso diário de pelo menos um medicamento e que, apesar dos prejuízos conhecidos, o consumo do BZD tem aumentado com a idade (17). Ainda existem os efeitos aditivos com relação à depressão do sistema nervoso central quando este fármaco é associado a outros psicotrópicos (13,18). Tais desfechos revelam a importância do manejo cuidadoso desta classe medicamentosa, especialmente entre idosos. A Associação Psiquiátrica Americana (APA) concluiu que a idade avançada e o uso de BZD em doses terapêuticas são benéficos somente quando utilizado por menos de quatro meses (19). No presente estudo, a média de uso do medicamento foi bastante superior, a maioria utilizando há anos e atingindo de um a dois anos, segundo a mediana de receituários

renovados, sem uma reavaliação médica. Nesse contexto, depara-se com um dos desafios da prescrição dessa classe medicamentosa nas unidades de saúde: a avaliação contínua desses pacientes de forma a reduzir/limitar o uso, ao invés de entrar em um ciclo vicioso de renovação de receitas.

Já no Brasil, estima-se que 1,6% da população adulta seja usuária crônica de benzodiazepínicos. O uso prolongado de BZD, conceituado por uma adesão superior a seis meses (20), envolve uma provável confiança do prescritor na segurança desses agentes terapêuticos, assim como a solicitação do paciente e a procura de uma relação harmoniosa entre as duas partes, médico-paciente. Em estudo realizado na Noruega, foi relatado que entre os fatores que levam clínicos a prescreverem estes medicamentos estão a dificuldade de negar a receita, o fato de os pacientes já usarem o medicamento devido a um diagnóstico prévio de outro profissional e o desejo de dar um alento à vida do paciente (21) Como seguimento, têm-se possíveis fatores explicativos para a propagação desta classe medicamentosa de forma difusa entre a população, sem o devido acompanhamento médico posterior.

A presente pesquisa também mostrou um predomínio de consumo da substância entre os indivíduos sem inserção no mercado de trabalho, como aposentados e donas de casa, em relação aos trabalhadores economicamente ativos. Além do uso do medicamento ser mais comum entre os indivíduos de maior idade, tal fato pode estar relacionado a uma maior prevalência de doenças mentais entre as pessoas sem uma colocação profissional, sendo que a falta de oportunidades de ingresso no mercado de trabalho pode gerar frustrações e bloqueios sociais, que acabam por desencadear um quadro de doença mental (12,15).

Em relação ao fármaco de maior adesão, o estudo concordou com as estatísticas literárias, destacando o clonazepam. Este possui um mecanismo farmacológico de meia-vida longa, porém, ainda assim, proporciona um efeito com duração reduzida quando comparado ao diazepam, segunda droga mais relatada. Desse modo, seu uso permite uma ação cumulativa matinal reduzida (13). Outros fatores associados à escolha do medicamento estariam relacionados à indução pessoal do profissional e às características culturais locais, apesar desta substância não pertencer à relação municipal de medicamentos essenciais à atenção básica em saúde e programas de saúde específicos de Tubarão (22). De acordo com o boletim do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), os medicamentos clonazepam, bromazepam e alprazolam foram as substâncias controladas mais consumidas pela população brasileira no período de 2007 a 2010, sendo que o clonazepam manteve-se no ápice de forma consecutiva (23).

As principais indicações encontradas para o uso de BZD foram referentes aos sintomas depressivos, ansiosos e dificuldade de dormir, mesmas justificativas apontadas em outros estudos (6-8,14,17,18). Entretanto, segundo Mendonça, a presença de patologias depressivas é uma situação em que estes medicamentos devem ser introduzidos temporariamente, apenas para controle da ansiedade inicial (18), o que diverge da prática clínica rotineira. Já a prevalência da insônia no Brasil e dos episódios de ansiedade, em geral, aparece em cerca de 12% a 76% da população, revelando-se, também, um problema de saúde pública. Evidências advindas de revisões sistemáticas apontam que o uso do BZD, principalmente, por mais de um mês, no tratamento de distúrbio do sono e ansiedade possui benefício limitado (24,25). Em um estudo realizado no serviço municipal de saúde de uma cidade no interior de Minas Gerais, foi constatado que em torno de 70% das prescrições emitidas possuíam indicação clínica considerada inadequada (26).

Quanto à especialidade do médico, a maior ocorrência de prescrição foi realizada por um clínico geral, profissional responsável pelos pacientes de determinada área abrangida pela unidade de saúde. Os dados são compatíveis com relatos literários que também descreveram os clínicos como maiores prescritores dos BZDs (6,7,26), perfazendo 74,5% das indicações (27), seguidos por psiquiatras, cardiologistas, neurologistas. Segundo o estudo "Transtornos psiquiátricos na clínica geral", o generalista é o profissional mais atuante em saúde mental não só no Brasil, mas também na Inglaterra, nos EUA, e no Canadá (28). Essa prática está provavelmente associada ao foco na atenção primária como primeira linha de cuidado dos pacientes da área adscrita, dentro da Estratégia de Saúde da Família, mesmo que, em situações mais graves de transtornos depressivos, outras intervenções possam ser necessárias (29,30). Nesse sentido, a prática mostra uma carência de profissionais especializados por unidade de saúde e disponibilidade limitada de medicamentos mais específicos pelo sistema público de saúde do município. Assim, apesar de a cidade de Tubarão possuir opções de atenção psicoterapêutica específica para casos de maior gravidade, estes fatores podem constituir aspectos localizados que agravam o uso inadequado do fármaco. Além disso, o acompanhamento ou avaliação psiquiátrica direcionada para a real necessidade do uso do medicamento foi pouco observado na amostra estudada, sendo o perímetro urbano responsável pelo índice de maior procura por profissionais da área, possivelmente pelo acesso facilitado e pelo maior nível de informação desta população.

Como limitação do estudo, deve-se considerar que a avaliação de apenas duas unidades de saúde, as quais foram selecionadas por conveniência, pode não refletir a realidade de todo o município. Outra restrição foi a não inclusão da totalidade de microáreas existentes na unidade de saúde da região urbana, pelo afastamento de duas ACS durante o mesmo período. Ainda, a coleta de dados secundários, cuja qualidade depende da completitude dos registros médicos utilizados.

CONCLUSÃO

A análise do uso de Benzodiazepínicos (BZDs) de duas unidades de saúde da cidade de Tubarão/SC obteve

resultados que corroboram com a literatura já publicada, revelando uma maior frequência de usuários entre o sexo feminino, estado civil casado, com média de 60,16 anos e não inseridos no mercado de trabalho, como aposentados e donas de casa. As áreas abrangidas no estudo, rural e urbana, apresentaram perfil semelhante de pacientes adeptos ao medicamento, porém, com maior prevalência de uso entre a população rural.

As justificativas atribuídas ao consumo inicial do medicamento mais citadas foram os sintomas depressivos e ansiosos e a dificuldade em iniciar ou manter o sono, sendo o clonazepam o fármaco mais prescrito. Tal indicação foi cedida, na grande maioria das vezes, por um médico generalista, sem acompanhamento subsequente ou avaliação psiquiátrica específica.

A avaliação da situação do uso de BZDs em duas unidades de saúde distintas, de meio rural e urbano, e selecionadas justamente pela maior disponibilidade e qualidade dos dados, aponta desafios importantes ao sistema de saúde local em relação aos critérios de prescrição do medicamento e ao monitoramento do seu uso, de forma a evitar a renovação de receituários como rotina dos serviços, sem o devido acompanhamento do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Andreatini R, Lacerda RB, Zorzetto DF. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. Rev Bras Psiquiatr, São Paulo. 2001 Dec 23(4):233-42.
2. Mendelson WB, Roth T, Gassella J, Roehrs T, Walsh J, Woods H, Buysse D, Meyer R. The treatment of chronic insomnia: drug indications, chronic use and abuse liability. Summary of a 2001 New Clinical Drug Evaluation Unit meeting symposium. Sleep Med Rev. 2004 Feb8(1):7-17.
3. Brasil. Ministério da Justiça. Informações sobre Drogas. Tranquilizantes ou Ansiolíticos (Benzodiazepínicos). Observatório brasileiro sobre drogas [acesso em 2012 Out 26]. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br.
4. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Departamento de Psicofarmacologia. Centro Brasileiro de Informação de Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Haja ansiedade. Haja insônia. Bol. CEBRID, 2003 Mar 47(11) [acesso em Out 26]. Disponível em: http://www.cebrid.epm.br.
5. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Jornal do CREMESP. Edição n.º 183. 2002 Nov. [acesso em 2012 Out 26]. Disponível em: http://ser1.cremesp.org.br.
6. Netto MUQ, Freitas O, Régis L, Pereira L. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. Rev Ciênc Farm Básica. 2012 Abr 33(1):77-81.
7. Mattioni LT, Rodrigues RR, Lima SF, Franz LB, Hildebrandt LM. Prevalência no uso de benzodiazepínicos em uma população assistida por programa de saúde da família. Rev Cont e Saúd. 2005 Dec 5(8):43-50.
8. Carlini EA,Galduróz JCF, Silva AAB, Noto AR, Fonseca AM, Oliveira LG, et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 - São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.
9. Huf G, Lopes CS, Rozenfeld S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. Cad Saúd Pública, Rio de Janeiro. 2000 Jun 16(2):351-62.
10. Levitan, MN, Chagas MHN, Crippa JAS, Manfro GG, Hetem LAB, Andrada NC, et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social. Rev Bras Psiquiatr, São Paulo. 2011 Sep 33(3): 292-302.
11. Rozemberg B. O consumo de calmantes e o "problema de nervos" entre lavradores. Rev Saúde Pública. 1994 Jan, 28(4):300-8.
12. Ludermir AB, Filho DM. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev Saúde Pública, São Paulo. 2002 Apr 36(2):213-21.
13. Janicak P, Marder SR, Pavuluri MN, Ayd Jr. FJ, editors. Treatment With Antianxiety and Sedative Hipnotic Agents. In: Principles and practice of psychopharmacotherapy. 3rd. 2006.
14. Ribeiro CS, Azevedo RCS, Silva VF, Botega NJ. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. São Paulo Med J. 2007 Sept 125(5):270-4.
15. Kinrys G, Wygant LE. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? Rev Bras Psiquiatr, São Paulo. 2005 Oct 27 (Suppl 2): s43-s50.
16. Patrícia CM, Vaz ACR, Noto AR, Galduróz JCF. Análise do conteúdo de propagandas de medicamentos psicoativos. Rev Saúde Pública. 2008 Oct42(5):968-71.
17. Teixeira JJV, Lefevre F. A prescrição medicamentosa sob ótica do paciente idoso. Rev Saúde Pública, São Paulo. 2001 Apr 35(2):207-13.
18. Mendonça RT, Carvalho ACD. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. SMAD, Rev Eletrônic Saúd Mental Álcool Drog. (Ed. Port.), Ribeirão Preto. 2005 Aug (1).
19. American Psychiatric Association (APA). Benzodiazepine: dependence, toxicity and abuse. A task force report of the American Pshysiatric Association. Washington (DC): APA, 97p. 2002.
20. Laranjeira R, Castro LAPG. Dependência de benzodiazepínicos [acesso em 2014 May 27]. Disponível em: http://www.uniad.org.br.
21. Nordfjaern T. A population-based cohort study of anxiety, depression, sleep and alcohol outcomes among benzodiazepine and z--hypnotic users. Addictive Behaviors. 2012 Oct 37(10):1151-7.
22. Secretaria Municipal de Saúde, órgão vinculado à Prefeitura Municipal de Tubarão [acesso em 2014 May 27]. Disponível em: http://www.tubarao.sc.gov.br.
23. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANIVISA). Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC). 2011 Jun 1(1):1-8.
24. Rocha FL. Projeto Bambuí: um estudo com base populacional de hábitos de sono, prevalência e fatores associados à insônia. [Tese]. Brasília (DF): Universidade Federal de Brasília. Curso Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2000.
25. Dunne D, Montgomery P. Insommnia in the elderly. Web publication date: 11 October 2011 [acesso em 2012 May 27]. Disponível em: http://www.clinicalevidence.com.
26. Firmino KF, Abreu MHG, Magalhães SMS. Use of benzodiazepines in local public health services in Coronel Fabriciano in the State of Minas Gerais. Ciên csaúd coletiva. 2012 Jan 2012 Jan17(1):157-66.
27. Galleguillos UT, Risco NL, Garay SJL, Gonzáles AM, Vogel MM. Tendencia del uso de benzodiazepinas em uma muestra de consultantes em atención primaria. Rev méd Chile 2003 May 131(5):535-40.
28. Mari, JJ, Jorge MR. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. Psychiatry on line 1997 May 2(5) (update 2006 Mar) [acesso em 2014 May 13]. Disponível em: http://www.polbr.med.br/arquivo.
29. Schmidt MI, Duncan BB, e Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet 2011 Jun; 377 (9781): 1949-61. Publicado online 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
30. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet 2011 May; 377 (9779): 1778-97. Publicado online 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

✉ Endereço para correspondência
Renata Mezzari
Rua Professor Arlindo Junckes, 125/C.P. 46
88.850-000 – Forquilhinha, SC – Brasil
☎ (48) 3463-3238
renatamezzari@hotmail.com

Recebido: 17/5/2015 – Aprovado: 30/6/2015