



# Estudo da utilização e promoção do uso racional de benzodiazepínicos em uma drogaria no município de São Luiz Gonzaga – RS

## Study of the use and promotion of rational use of benzodiazepines in a drugstore in the city of São Luiz Gonzaga – RS

Recebido em 24/03/2010

Aceito em 02/05/2012

Eliane Regina Biasi da Silva<sup>1\*</sup> & Karla Renata de Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Farmácia- UNIJUÍ. Rua do Comércio, nº 3000. Ijuí – RS, Brasil

<sup>2</sup>Professora, mestre, do Departamento de Ciências da Saúde – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

### RESUMO

Os BDZs apresentaram inicialmente baixos riscos de intoxicação e dependência, o que contribuiu para prescrição e uso abusivos. Destaca-se que nem sempre são fornecidas informações sobre o uso desses medicamentos. O objetivo deste estudo foi verificar as informações fornecidas aos usuários de BZD, discutindo a utilização e a promoção do uso racional desses medicamentos. Em dezembro de 2009 foram entrevistados todos os clientes de uma drogaria que apresentaram prescrição contendo BDZ. O questionário abordava dados do usuário e dos medicamentos utilizados além das informações recebidas no momento da prescrição/dispensação dos BZD. A maioria dos entrevistados eram mulheres, casadas com baixa escolaridade e mais de 60 anos, todos utilizavam BZD há mais de um ano concomitantemente a outros para o controle de doenças crônicas. As informações sobre o uso de BZD foram fornecidas pelo prescritor e se referem a horário, dose e tempo de uso. Sugere-se que a situação de saúde do usuário seja avaliada com cuidado pelo prescritor antes da emissão da prescrição, principalmente dos idosos, pois um número elevado de medicamentos poderá aumentar o risco dos efeitos colaterais e interações medicamentosas. Salienta-se que a dispensação farmacêutica deve assumir papel complementar ao serviço médico para maior resolutividade do tratamento farmacológico independente da faixa etária do usuário.

**Palavras-chave:** Psicotrópicos. Ansiolíticos. Polimedicação. Idosos. Farmacêutico.

### ABSTRACT

The BDZs have initially low risk of intoxication and dependence, and this can contributed to prescription and abuse. And some prescribers sometimes do not provide the information about the use of these drugs. The study objective was to verify the information provided to users of BZD, discussing the use and promotion of rational use of this medicines. In the December 2009 was interviewed the patient in a drugstore that have prescription with BZD. The data collection involved the personal data of User, the use of medicines, and information received at time of prescription to BZD. We also identify the drugs which were used and the period of use, side effects, the doctor's specialty, in addition to information provided to the User. The majority of interviewed was women, married, with low level educational and more than 60 years. Besides that all interviewed use BZD for more than one year concurrently with other to control of chronic diseases. The information about the use was provide by prescribers and relative to time of use, dosage. It suggest that the health situation of users can be carefully evaluate by the prescriber, especially in elderly. We emphasize that the pharmaceutical dispensation should take complementary role to the medical staff of drug therapy regardless of user's age.

**Keywords:** Psychotropic Drugs. Anxiolytics. Polypharmacy. Elderly. Pharmacist

### INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos (BDZs), segundo Silva (1999), começaram a ser utilizados a partir da década de 1960, sendo o clordiazepóxido o primeiro fármaco a ser dispo-

nibilizado no mercado. Além da elevada eficácia terapêutica, segundo Bernick (1999) os fármacos deste grupo apresentaram inicialmente baixos riscos de

\* **Contato:** Eliane Regina Biasi da Silva, UNIJUÍ. Rua do Comércio, nº 3000. Ijuí – RS, Brasil, e-mail: eliane.rbdasilva@hotmail.com

intoxicação e dependência, fatores que propiciaram a rápida aderência dos prescritores a esses medicamentos. A partir daí, segundo Martin et al. (1995) *apud* Silva (1999), muitas empresas farmacêuticas começaram a desenvolver substâncias com perfil farmacológico similar e nas três décadas seguintes, cerca de cinquenta novos derivados do clordiazepóxido tornaram-se disponíveis para terapia no mundo inteiro. De acordo com Silva (1999) os BDZs apresentam efeito ansiolítico, tranquilizante, hipnótico, sedativo, anticonvulsivante e miorelaxante, além disso, induzem a amnésia e promovem alterações psicomotoras. Para Tamai (2002), os efeitos colaterais dos BDZs incluem ainda sonolência excessiva, ataxia, confusão, sendo que os de meia vida longa, como o diazepam, aumentam o risco de quedas e fraturas, principalmente em idosos.

Devido a relativa segurança e rápido início de ação, segundo Silva (1999), em poucos anos os BDZs tornaram-se um dos grupos de medicamentos mais utilizados no mundo, passando a serem usados de forma indevida ou abusiva. Para Bernik (1999), os fatores que favorecem seu intenso consumo incluem a popularização destes produtos em conjunto com as drogas ilícitas na década de 1960 e o empenho médico em receitá-los influenciados pela indústria farmacêutica.

Segundo Hanson & Venturelli (1995) *apud* Laranjeira & Castro (1999), os BDZs apresentam grande margem de segurança, sendo raros os casos de morte por sobredose. Diante disso, de acordo com os mesmos autores, muitos médicos começaram a prescrever BDZs de forma abusiva, principalmente diazepam, alprazolam e lorazepam, por serem fármacos de ação curta e porque entendiam que essa classe de medicamentos não apresentava o risco de induzir o usuário à dependência.

A prescrição irracional de BDZs, de acordo com Auchewski et al. (2004), vem sendo uma prática frequente por parte dos médicos, que muitas vezes, não fornecem as informações necessárias ao usuário. Os mesmos autores verificaram que o risco de desenvolvimento de dependência induzida por BDZs era possivelmente subestimado pelos prescritores incluídos em seu estudo. Esses pesquisadores estudaram a orientação fornecida pelo médico sobre os efeitos colaterais dos BDZs no ato da prescrição, considerando-a muito importante a fim de minimizar a incidência desses efeitos.

Neste contexto o largo consumo de BDZs, segundo Medeiros (2004), tem sido motivo de inquietação mundial das autoridades de saúde o que levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a promover reuniões com vários países para discussão de medidas de controle restritivas no intuito de coibir o uso indiscriminado desses medicamentos. De acordo com a OMS, segundo esse mesmo autor, embora a maioria dos países industrializados exerça controle sobre a venda e a produção de BDZs, muitos países em desenvolvimento ainda não conseguem controlar de forma satisfatória o uso desses produtos.

Diante disso, é imprescindível que os profissionais da saúde busquem alternativas para a promoção do uso racional dos BDZs, a fim de evitar complicações futuras para a saúde dos usuários, pois segundo Rupp et al (1992) *apud* Peppe & Castro (2000), a integração entre prescritores e dispensadores permite, através da combi-

nação de conhecimentos complementares o alcance de resultados eficientes, beneficiando, dessa forma, o usuário.

Assim, o presente estudo buscou verificar as informações fornecidas aos usuários de BZD, bem como discutir a utilização e a promoção do uso racional dos medicamentos prescritos, evidenciando a contribuição do farmacêutico como integrante da equipe multiprofissional de saúde.

## POPULAÇÃO E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva e exploratória, realizado em uma drogaria no município de São Luiz Gonzaga – RS, localizado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, com uma população em torno de 35.000 habitantes, conforme dados do IBGE (2000).

A população alvo foi constituída por todos os usuários e/ou portadores de notificação de receita, com idade superior a 18 anos, que apresentaram prescrição médica ou odontológica contendo BDZ no local do estudo, no mês de dezembro de 2009 e que concordaram em participar da pesquisa.

Como instrumento para a coleta de dados foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas, sendo que as entrevistas foram realizadas no ato da dispensação do medicamento BDZ, após as pessoas serem devidamente informadas sobre os objetivos do estudo e mediante concordância por escrito do usuário ou portador, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As perguntas foram lidas na sequência em que apareciam no questionário e as respostas transcritas nos respectivos espaços.

Na coleta de dados foram levantados dados pessoais do usuário, o período de retorno à consulta, aspectos relacionados à dependência da medicação e a indicação para o uso do BDZ. Outra variável pesquisada foi o medicamento, ou seja, quais medicamentos e há quanto tempo faziam uso, os possíveis efeitos colaterais relacionados ao uso de BDZ, além da especialidade do médico prescritor e das informações fornecidas ao usuário sobre os medicamentos BDZs prescritos/dispensados.

De acordo com a Resolução nº 196/1996, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde e com as Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, as exigências éticas fundamentais aplicáveis a presente pesquisa foram atendidas já que o projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI) de Ijuí, através do parecer consubstanciado número 282/2009 de 20 de novembro de 2009.

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 18 pessoas no período do estudo, sendo que 14 (78%) entrevistas foram realizadas com o usuário do medicamento BDZ e quatro (22%) com o portador da prescrição, sendo que os últimos relataram monitorar o tratamento farmacológico do usuário.

A idade mínima dos usuários foi de 23 anos e a máxima 86, com uma média de 56 anos ( $\pm$  56,3), sendo que metade da amostra, ou seja, nove usuários (50%) apresentavam

idade superior a 60 anos, como mostra a figura 1, com predomínio do sexo feminino (72,2%).

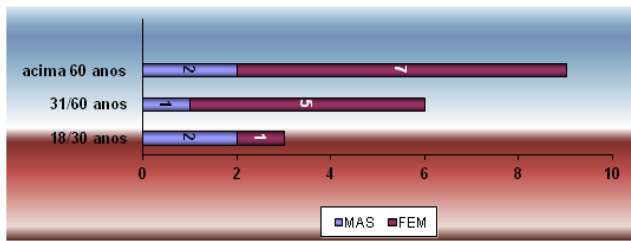


Figura 1. Distribuição dos usuários de BDZ entrevistados em uma drogaria de São Luiz Gonzaga-RS, 2009, conforme gênero e faixa etária.

A tabela 1 apresenta a média de medicamentos consumidos pelos entrevistados, de acordo com a faixa etária.

Tabela 1. Média de medicamentos consumidos por usuário, segundo a faixa etária em uma drogaria de São Luiz Gonzaga – RS, 2009

| Faixa etária     | Média medicamentos |
|------------------|--------------------|
| 18-30 anos       | 3,3                |
| 31-60 anos       | 2,7                |
| Acima de 60 anos | 4,9                |

A Tabela 2 apresenta a distribuição da amostra segundo algumas variáveis sócio demográficas.

Tabela 2. Características sócio-demográficas dos usuários de BZDs de uma drogaria em São Luiz Gonzaga –RS, 2009

| VARIÁVEIS                | n  | %    |
|--------------------------|----|------|
| <b>Gênero</b>            |    |      |
| Masculino                | 5  | 27,8 |
| Feminino                 | 13 | 72,2 |
| <b>Estado Civil</b>      |    |      |
| Solteiro                 | 3  | 16,7 |
| Casado                   | 9  | 50   |
| Viúvo                    | 4  | 22,2 |
| Outros                   | 2  | 11,1 |
| <b>Escolaridade</b>      |    |      |
| Superior                 | 4  | 22,7 |
| Segundo Grau Completo    | 4  | 22,2 |
| Segundo Grau Incompleto  | 1  | 5,6  |
| Primeiro Grau Completo   | 5  | 27,8 |
| Primeiro Grau Incompleto | 1  | 5,6  |
| Analfabeto               | 3  | 16,6 |

Tabela 3. Distribuição por grupo terapêutico dos medicamentos de uso contínuo (n= 59) utilizados pelos entrevistados em uma drogaria em São Luiz Gonzaga – RS, 2009

| Medicamentos                          | Dose   | n         | %           | Grupo Terapêutico           |
|---------------------------------------|--------|-----------|-------------|-----------------------------|
| Alprazolam                            | 10mg   | 3         | 5,1         | Ansiolítico                 |
| Bromazepam                            | 6mg    | 2         | 3,4         | Ansiolítico                 |
| Clonazepam                            | 2mg    | 2         | 3,4         | Ansiolítico                 |
| Clonazepam                            | gts    | 1         | 1,7         | Ansiolítico                 |
| Diazepam                              | 5mg    | 5         | 8,2         | Ansiolítico                 |
| Lorazepam                             | 2mg    | 1         | 1,7         | Ansiolítico                 |
| <b>Total (Ansiolíticos)</b>           |        | <b>14</b> | <b>23,5</b> |                             |
| Besilato de Anlodipino                | 5mg    | 2         | 3,4         | Hipertensão                 |
| Captopril                             | 25mg   | 2         | 3,4         | Hipertensão                 |
| Captopril                             | 50mg   | 1         | 1,7         | Hipertensão                 |
| Candesartana                          | 8mg    | 2         | 3,4         | Hipertensão                 |
| Cilexetila                            |        |           |             |                             |
| Furosemida                            | 40mg   | 2         | 3,4         | Hipertensão                 |
| Metildopa                             | 500mg  | 1         | 1,7         | Hipertensão                 |
| <b>Total (Hipertensão)</b>            |        | <b>10</b> | <b>17,0</b> |                             |
| Amiodarona                            | 200mg  | 1         | 1,7         | Distúrbios Cardiovasculares |
| Digoxina                              | 0,25mg | 2         | 3,4         | Distúrbios Cardiovasculares |
| Mononitrato de isossorbida            | 20mg   | 2         | 3,4         | Distúrbios Cardiovasculares |
| Pravastatina                          | 10mg   | 1         | 1,7         | Distúrbios Cardiovasculares |
| Propatilnitrato                       | 10mg   | 1         | 1,7         | Distúrbios Cardiovasculares |
| Sinvastatina                          | 40mg   | 2         | 3,4         | Distúrbios Cardiovasculares |
| Succinato de Metoprolol               | 25mg   | 1         | 1,7         | Distúrbios Cardiovasculares |
| <b>Total (Dist. Cardiovasculares)</b> |        | <b>10</b> | <b>17,0</b> |                             |
| Carbamazepina                         | 200mg  | 2         | 3,4         | Antiepiléptico              |
| Fenobarbital                          | 100mg  | 1         | 1,7         | Antiepiléptico              |
| Risedronato Sódico                    | 35mg   | 3         | 5,1         | Osteoporose                 |
| Risperidona                           | 2mg    | 2         | 3,4         | Antipsicótico               |
| Tibolona                              | 1,25mg | 2         | 3,4         | Hormônio                    |
| <b>Total (outros)</b>                 |        | <b>10</b> | <b>17,0</b> |                             |
| Amitriptilina                         | 25mg   | 2         | 3,4         | Antidepressivo              |
| Citalopram                            | 10mg   | 3         | 5,1         | Antidepressivo              |
| Citalopram                            | 20mg   | 4         | 6,8         | Antidepressivo              |
| Fluoxetina                            | 20mg   | 1         | 1,7         | Antidepressivo              |
| <b>Total (Antidepressivo)</b>         |        | <b>10</b> | <b>17,0</b> |                             |
| Glibenclamida                         | 2mg    | 2         | 3,4         | Antidiabético               |
| Insulina NP                           |        | 1         | 1,7         | Antidiabético               |
| Metformina                            | 850mg  | 2         | 3,4         | Antidiabético               |
| <b>Total (Antidiabéticos)</b>         |        | <b>5</b>  | <b>8,5</b>  |                             |

Do total de medicamentos utilizados pelos entrevistados (65), 59 (90,8%) são indicados para uso contínuo. Esses medicamentos pertencem a vários grupos terapêuticos (tabela 3), e estão relacionados principalmente ao tratamento da depressão (10 - 17%), hipertensão (10 - 17%), distúrbios cardiovasculares (10 - 17%), diabetes (5 - 8,5%), além dos ansiolíticos (14 - 23,5%) e outros (10 - 17%).

Quanto aos BDZs mais prescritos, observou-se neste estudo que o diazepam foi o fármaco mais consumido, sendo utilizado por oito entrevistados (44,4%), como mostra a figura 2. Em seguida o clonazepam por quatro (22,2%), e o alprazolam por três entrevistados (16,7%), também foi verificado o bromazepam em duas prescrições (11,1%) e o lorazepam em apenas uma prescrição (5,6%). O número de doses diárias prescritas foi de uma vez para 16 (83,3%) usuários prevalecendo o tempo de uso entre 1 - 3 anos e de duas vezes ao dia para o restante, ou seja, 16,7%, sendo que estes consomem a medicação entre 3 - 5 anos.

O tempo de uso desses medicamentos variou muito, pois um entrevistado estava iniciando o tratamento com a medicação BDZ prescrita, por outro lado tivemos relatos de pessoas que fazem uso crônico, usando a medicação há mais de 40 anos. Dentre os usuários oito (44,4%) fazem uso da medicação entre 1-3 anos, quatro (22,2%) menos de um ano, quatro (22,2%) entre 3-5 anos e dois (11,2%) há mais de cinco anos. Do total de entrevistados, cinco (27,8%) usuários não tem previsão de retornar a consulta, 10 (55,5%) são acompanhados periodicamente

pelo prescritor, dois (11,2%) retornam a consulta a cada três meses e um (5,6%) usuário a cada 60 dias.

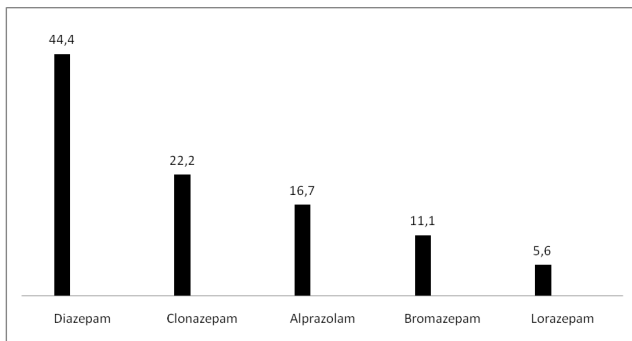


Figura 2. Fármacos BDZs mais prescritos aos clientes de uma drogaria de São Luiz Gonzaga –RS, 2009

Foi verificado que cinco (27,8%) prescrições foram emitidas por cardiologistas, quatro (22,2%) por neurologistas, três (16,6%) por psiquiatra, três (16,6%) por clínico geral, uma (5,6%) por pneumologista, uma (5,6%) por ginecologista e uma (5,6%) por otorrinolaringologista. A finalidade do uso do medicamento BDZ para nove (50%) dos entrevistados, seria especificamente para o transtorno da ansiedade, três (16,7%) para o distúrbio do sono e seis (33,3%) responderam para as duas finalidades, sendo que os fatores que inicialmente levaram ao uso do medicamento BDZ, para quatro (22,2%) entrevistados, foi por morte de um familiar, três (16,7%) ansiedade, três (16,7%) depressão, dois (11,1%) separação, dois (11,1%) doença de um familiar, dois (11,1%) insônia, um (5,6%) convulsão desde o nascimento e um (5,6%) desemprego.

A maioria das recomendações recebidas pelo usuário sobre o uso da medicação BDZ foi fornecida pelo médico (94,4%), apenas um (5,6%) usuário relatou que foram orientados pelo farmacêutico na hora da dispensação. A figura 3 mostra que a maioria dos usuários recebeu recomendações quanto ao horário e a dose (15 – 83,3%) e quanto ao tempo de uso (16 – 88,9%), mas apenas quatro (22,2%) receberam orientações sobre o uso com álcool e três (16,7%) usuários foram orientados sobre os cuidados ao dirigir ou operar máquinas. Apenas um (5,6%) usuário relatou que recebeu outro tipo de recomendação do médico prescritor, ou seja, que seus reflexos poderiam se tornar mais lentos no dia posterior quando o medicamento fosse administrado muito tarde, refletindo de forma negativa na produção do trabalho.

Grande parte dos usuários, (14- 77,8%), relatou não ter ocorrido efeito colateral que pudesse ser relacionado ao uso da medicação BDZ, apenas quatro (22,2%) relataram alguns efeitos, dentre eles: náuseas e vômitos, dor de cabeça, azia e visão turva. Por outro lado, a maioria dos usuários de BDZ, (11- 61,1%) consideram-se dependentes dessa medicação, cinco (27,8%) acreditam não serem, por usarem esporadicamente, enquanto (5,6%) não soube relatar, por estar iniciando o tratamento.

## DISCUSSÃO

Verificou-se no presente estudo que o uso de medicamentos BZDs se dá principalmente para o controle

de insônia e ansiedade, sendo que seis (33,3%) fazem o uso para as duas patologias, ou seja, ao mesmo tempo em que controla a ansiedade, o usuário se sente mais relaxado e consegue dormir mais tranquilamente. Comparando com estudos norte americanos, segundo Nishino & Mignot (1999) *apud* Cruz et al. (2007), 35% dos adultos americanos apresentam essas patologias e utilizam medicamentos BDZ muitas vezes sem prescrição médica. Segundo Walsh & Ustun (1999) *apud* Cruz, et al. (2007) insônia e ansiedade são sintomas que requerem investimentos, gastos financeiros, tratamento especializado e provocam graves consequências para a saúde, além de diminuir a qualidade de vida do portador. De acordo com Rocha (2000) insônia e ansiedade acometem entre 12 e 76% da população brasileira, afetando principalmente mulheres, divorciadas, com baixo grau de escolaridade e menor renda familiar.

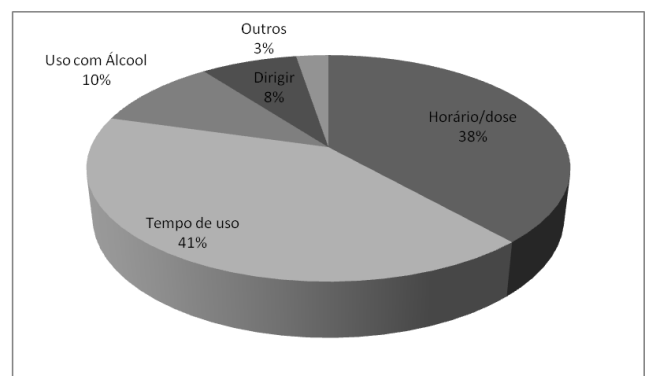


Figura 3. Informações recebidas no momento da prescrição/dispensação São Luiz Gonzaga –RS, 2009

Rocha (2000) e Huf, Lopes & Rozenfeld (2000) destacam que existe uma significativa relação entre episódios de insônia e/ou ansiedade com o gênero feminino, baixa renda social, nível educacional e a população idosa. Os resultados obtidos no presente estudo condizem com esses achados, pois verificou-se prevalência do sexo feminino em 13 (72,2%) prescrições e de pessoas com baixo nível educacional, sendo que seis (33,4%) usuários completaram o primeiro grau e três (16,7%) são analfabetos, além disso, metade da amostra foi constituída por pessoas acima de 60 anos, considerados idosos, de acordo com o Estatuto do Idoso, do Ministério da Saúde (2003).

O uso de BDZ por idosos segundo Mendonça, Carvalho (2005), torna-se relevante devido às mudanças fisiológicas que acompanham o envelhecimento, por outro lado, o mau uso ou uso inadequado, além da associação de vários medicamentos, podem desencadear interações medicamentosas, o que contribui para que ocorram intoxicações. Segundo Penteado et al. (2002) essa fase da vida é propícia ao desenvolvimento de doenças crônicas, como cardiopatias, doenças infecciosas, além do diabetes e câncer. Dessa forma, o aumento do consumo de medicamentos acompanha a tendência do envelhecimento, tornando a polifarmácia nos idosos uma normalidade na clínica médica, sendo que, de acordo com Gorzoni; Pires (2006) a polifarmácia se caracteriza pelo uso simultâneo de cinco ou mais fármacos.

Na amostra estudada foi verificada polimedicação em todas as faixas etárias, com destaque para os sujeitos com idade superior a 60 anos, que utilizam em média 4,9 medicamentos, sendo que, dentre esses entrevistados, dois consomem diariamente dez medicamentos. Nesse grupo etário sete (77,8%) usuários são do sexo feminino e apenas dois (22,2%) do sexo masculino, para Huf, Lopes & Rozenfeld (2000) as mulheres consomem mais medicamentos, entre os quais estão os BDZs, pois são mais perceptivas em relação à sintomatologia das doenças, procuram precocemente ajuda e são menos resistentes ao uso de medicamentos prescritos do que os homens. Segundo Penteadó et al. (2002), esse grande número de medicamentos consumido pelos idosos, eleva o risco da manifestação de efeitos colaterais e interações medicamentosas, além do comprometimento do seu estado geral de saúde. Huf, Lopes & Rozenfeld (2000) destacam que, os médicos que prescrevem mais medicamentos são também aqueles que tendem a prolongar o período de uso, tornando os usuários crônicos ainda mais vulneráveis devido aos problemas decorrentes desse uso exacerbado. Para Mosegui, et al. (1999) o uso simultâneo de medicamentos contribui para o aparecimento de efeitos adversos, sendo que estes efeitos podem ser amenizados com uma prescrição adequada, bem como com ajustes de doses e períodos de tempo determinados para o tratamento.

A preocupação com a polimedicação e o uso racional de medicamentos, segundo Galato; Silva & Tibúrcio (2007) tem sido um tema bastante discutido atualmente, principalmente quando se refere aos idosos, pois com o passar dos anos há uma diminuição da massa muscular, da água corporal, e ainda, do metabolismo hepático, os mecanismos homeostáticos e a capacidade de filtração e de excreção também podem ficar comprometidos. Outra preocupação, segundo Rosenfeld (2003) é que o uso simultâneo de diversos medicamentos pode levar o usuário a fazer o tratamento de maneira incorreta se não houver acompanhamento e orientação adequada. Neste contexto, Romano-Líber et al (2002) descreveram a importância da intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos BDZs, ressaltando que a informação fornecida ao usuário é tão ou mais importante que o medicamento por ele recebido, alcançando resultados promissores. Para Vieira (2007), o farmacêutico assume papel fundamental, somando seus esforços aos de outros profissionais da saúde e aos da comunidade para promoção da saúde. Colombo (1997) apud Guarido (2006) considerou que os farmacêuticos são profissionais qualificados que podem intervir no momento da dispensação do medicamento, conduzindo à melhora dos resultados e diminuição dos custos de doenças crônicas muitas vezes consideradas dispendiosas.

Para Huf, Lopes & Rozenfeld (2000) a associação entre o uso prolongado de BDZ e o elevado consumo de medicamentos é um indicador do estado geral de saúde do usuário. Observou-se no presente estudo que as doenças do sistema nervoso central (43,9%) identificadas pelo uso de ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos, bem como as cardiovasculares (34,0%), incluindo hipertensão e problemas de circulação, foram as doenças mais prevalentes apresentadas pelos entrevistados com tendên-

cia a polimedicação. Dados semelhantes foram constatados no estudo de Galato, Silva & Tibúrcio (2007) realizado em Tubarão onde as doenças mais prevalentes foram as cardiovasculares (hipertensão e circulação), seguida das do sistema nervoso central (depressão e insônia) e trato alimentar e metabolismo (diabetes) e no estudo de Penteadó et al. (2002) realizado em Curitiba, os anti-hipertensivos e de ação cardiovascular foram os mais relatados, acometendo 47,17% dos entrevistados. Segundo Mosegui et al. (1999) os medicamentos para terapia cardiovascular além de serem muito utilizados na terceira idade, consomem grande parte do orçamento doméstico e podem estar envolvidos em um grande número de interações medicamentosas.

Os entrevistados do presente estudo utilizam medicamentos pertencentes a vários grupos terapêuticos, sendo estes indicados principalmente para o tratamento do diabetes, hipertensão, problemas cardiovasculares e antidepressivos. Segundo Nóbrega; Karnikowski (2005), algumas categorias de medicamentos são impróprias para os idosos, devido ausência de eficácia comprovada e também pelo aumento dos efeitos adversos que supera os benefícios, quando comparado com outras categorias de medicamentos. Dentre esses medicamentos podemos listar alguns que foram citados pelos entrevistados do nosso estudo, como a amitriptilina usada como antidepressivo, consumida por três (16,7%) entrevistados, segundo os autores, são impróprios para idosos devido a ocorrência de efeitos anticolinérgicos e hipotensão ortostática ser maior que com o uso de outros antidepressivos tricíclicos. A metildopa, usada no tratamento da hipertensão e referida por um usuário (5,5%), pode causar bradicardia e exacerbar depressão conforme Nóbrega; Karnikowski (2005). Com relação a digoxina (distúrbios cardiovasculares), citada por um usuário (5,5%), os autores esclarecem que a dose diária não deve exceder 0,125 mg, devido a depuração renal que em geral encontra-se diminuída nestes pacientes, exceto para tratamento de arritmias atriais. Segundo Zamparetti; Luciano & Galato (2008) a diminuição da *clearance* renal poderá aumentar o risco à toxicidade, nesse caso, o risco benefício do uso deste fármaco deve ser cuidadosamente avaliado, já que a intoxicação digitalica é mais prevalente nessa faixa etária.

Entre os entrevistados 14 (77,8%) estão fazendo uso de medicamentos BDZs de forma contínua, os outros (4 - 22,2%) usuários relataram que o tratamento com medicação BDZ está previsto para no máximo três meses. Dessa forma, os BDZ representam 23,5% (14) dos 59 medicamentos de uso contínuo consumidos pelos entrevistados, sendo que o mais frequentemente referido foi o diazepam (8,5%), em cinco prescrições, seguido do clonazepam em três (5,1%), o que também foi evidenciado por Medeiros (2004) em uma Unidade Básica de Florianópolis, Mendonça & Carvalho (2005) em um núcleo de saúde mental da faculdade de medicina de Ribeirão Preto. Segundo Bernick (1999) o diazepam se tornou em pouco tempo o BDZ mais vendido entre os sedativos e de acordo com Medeiros (2004) esse fármaco tem permanecido na preferência dos médicos pela rápida absorção por via oral, meia vida prolongada que permite uma dosagem mais distanciada e segura, e sintomas de

abstinência menos proeminentes, além do custo não ser tão elevado. Por outro lado, Nóbrega; Karnikowski (2005) e Monseguí et al. (1997) alertam que o uso do diazepam deve ser evitado em idosos em função do seu tempo de meia vida que está associado a sedação diurna e aumento do risco de quedas e fraturas ósseas.

Também foi evidenciado no presente estudo que seis (33,3%) usuários, utilizaram mais de um medicamento BDZ, mas não ao mesmo tempo, no decorrer do tratamento, o que Dutra & Barbosa (2009) denominam alternância de medicamentos, que visa a melhor adaptação às condições do usuário. Para esses autores, é comum o paciente iniciar a terapêutica com um determinado medicamento e ao longo do tratamento substituí-lo, seja por reações adversas ou pela redução do grau da doença quando se faz necessário o uso de fármacos de manutenção no sentido de prevenir o agravamento da patologia.

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2002) um em cada dez adultos recebe prescrição de BDZs, na maioria das vezes emitida por clínico geral. No que se refere ao presente estudo, constatou-se que três (16,7%) prescrições são provenientes de clínico geral, salientando que do total da amostra, 10 (55,6%) usuários receberam prescrições de BDZs de médicos não especializados em psiquiatria ou neurologia. Da mesma forma, porém em maiores percentuais (95%), Cruz, et al. (2007), verificaram que as prescrições de BZD eram emitidas por médicos com outras especialidades. De acordo com Tancredi (1986) *apud* Medeiros (2004), o predomínio das prescrições provenientes de outras áreas que não da neurologia ou psiquiatria, conduz ao uso indiscriminado destes medicamentos. Os autores afirmam que isso ocorre devido à falta de preparo dos médicos para o manejo de problemas psicológicos e existenciais, cedendo ao impulso de prescrever esses medicamentos, muitas vezes subestimando a capacidade dos indivíduos nas adversidades do dia a dia.

Com relação a frequência das consultas, notou-se que a maioria dos usuários (10 – 55,6%) realizava acompanhamento mensal, podendo ser interpretado como uma preocupação do médico em monitorar a resposta do usuário ao medicamento BDZ prescrito, o que pode estar relacionado ao fato de serem atendidos por profissionais especializados, conforme descrito anteriormente. Por outro lado, é importante destacar que 27,8% da amostra não tinha previsão de retorno à consulta, dessa forma, segundo Auchewski et al (2004), muitas pessoas que usam abusivamente esse tipo de medicamento, vão ao consultório médico somente para obter nova prescrição. E segundo Orlandi & Noto (2005), muitas vezes para obter o medicamento, os usuários pedem a prescrição a médicos conhecidos, que na maioria das vezes são vizinhos, familiares, colegas, o que de acordo com os autores, indica atitude médica indevida, ferindo os artigos do Código de Ética Médica. Esses casos, segundo Penteadó et al. (2002) caracterizam automedicação por parte dos usuários, que devido ao quadro clínico instalado por longo tempo, não retornam a consulta para acompanhamento ou tratamento médico, mas continuam a utilizar os medicamentos prescritos anteriormente, sendo que a auto administração pode levar a inadequação na terapêutica ou na posologia.

A dose diária e o tempo de uso continuado dos BDZs, segundo Auchewski et al (2004), são fatores importantes para se instalar um quadro de dependência, dificultando a interrupção do tratamento. No presente estudo, chama a atenção que aqueles usuários que utilizam o medicamento há no mínimo três anos (16,3%) utilizam duas doses diárias do produto, enquanto aqueles que utilizam há menos de três anos fazem uso de uma dose. O que pode ser indicativo de dependência na amostra estudada já que de acordo com Laranjeira & Castro (1999) os BDZ produzem dependência física quando usados por longos períodos.

De acordo com Huf, Lopes & Rozenfeld (2000) médicos e usuários afirmam que os BDZs são os medicamentos mais difíceis de interromper o uso, além disso, metade das pessoas que interrompe um tratamento com esses medicamentos, reinicia o uso após um ano. Na presente pesquisa grande parte dos usuários (8 - 44,4%) utiliza a medicação entre 1 e 3 anos e de forma contínua, sendo que, para Auchewski et al. (2004) o uso de BDZ por mais de 12 meses representa riscos de 25% a 40% para o usuário, sendo assim, os participantes deste estudo podem fomentar esta estatística, embora seja necessário considerar o que levou o médico a prescrever e estender o período do uso dessa medicação.

Quando questionados sobre as informações recebidas quanto ao uso dos BDZs, a grande maioria, (17 -94,4%) dos entrevistados relatou ter recebido informações do prescritor e apenas um (5,6%) usuário relatou ter sido orientado por um farmacêutico. Sendo que essas informações referem-se ao tempo de uso e dosagem, mas chama a atenção que apenas três (16,7%) usuários foram informados sobre o risco do uso concomitante com álcool e de dirigir ou operar máquinas principalmente no início do tratamento. Segundo Moreno (1988) o aumento do número de pacientes diagnosticados e tratados com tais medicamentos, aliado ao abuso e/ou dependência de álcool e outras substâncias eleva consideravelmente o risco de acidentes automobilísticos.

De acordo com Mendonça, Carvalho (2005) a iniciação do uso de BDZ pode ser marcada por algum acontecimento na vida, porém, esse pode perder significância frente ao uso prolongado do BDZ, sendo que, a falta desse medicamento passa a ser um problema. No presente estudo, as questões relacionadas com problemas do cotidiano ficam evidentes nos relatos dos usuários de BDZs quando indicam as causas do início do uso relacionadas, em sua maioria, a morte de um familiar, ansiedade e depressão, além de separação, insônia, convulsão e desemprego. Para Brasil & Spitz (2003) os sintomas alvo para a prescrição de BDZs são ansiedade, insônia, agitação e angústia, não significando que o médico deverá prescrever, face a existência de algum desses sintomas nos pacientes.

É importante destacar que o acompanhamento ao usuário, segundo Auchewski et al. (2004), é fundamental para a eficácia do tratamento e o manejo dos efeitos colaterais, embora a maioria dos usuários não apresentem/relatem esses efeitos, como no presente estudo em que 14 (77,8%) disseram não manifestar efeitos colaterais ao usar a medicação BDZ e quatro (22,2%) afirmaram sentir náusea, dor de cabeça, azia e visão turva.

Para Auchewski et al. (2004), os usuários de BDZ precisam ser orientados sobre o risco de diminuição da atenção, o que pode ocasionar acidentes com automóveis ou quaisquer outras atividades psicomotoras que o usuário venha a desenvolver. Dessa forma, além das orientações fornecidas pelo prescritor, o farmacêutico precisa estabelecer vínculo com o usuário no momento da dispensação do medicamento, aproveitando essa oportunidade para orientá-lo sobre os riscos do uso crônico da medicação BDZ. Poderá, ainda, realizar, com os usuários que concordarem um acompanhamento farmacoterapêutico, com o objetivo de identificar os efeitos colaterais/interações medicamentosas que possam ocorrer e inclusive de verificar a necessidade da manutenção da terapia, ou seja, contribuir para que se alcance resultados definidos e quantificáveis promovendo o uso racional desses medicamentos.

## CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos sugere-se a avaliação da situação de saúde do possível usuário de BDZ no momento da prescrição, no que se refere à presença de outras patologias e utilização de medicamentos de uso contínuo, principalmente dos idosos, pois o uso de um grande número de medicamentos, como foi constatado na amostra estudada, poderá elevar o risco da manifestação dos efeitos colaterais e interações medicamentosas relacionados a esses fármacos. Dessa forma, é necessário que seja empregado o aconselhamento médico ao usuário de modo a melhorar a qualidade das orientações fornecidas, principalmente aos idosos que são, possivelmente, o grupo etário mais medicalizado na sociedade, devido a acentuada prevalência de doenças crônicas que surgem com a idade.

Além disso, foi evidenciada a necessidade da oferta de informação por parte do farmacêutico, sendo que a dispensação farmacêutica deve assumir papel complementar ao serviço médico, pois o usuário terá maior resolução no seu tratamento farmacológico se receber informações detalhadas, oferecidas por diferentes profissionais, sobre a medicação utilizada, atendendo dessa forma a racionalidade terapêutica, principalmente porque os usuários destes medicamentos na sua maioria são polimedicalizados.

Com esse estudo percebe-se a necessidade de qualificar os serviços de saúde ofertados e orientar os usuários de BZD sobre os riscos relacionados ao uso abusivo, desnecessário e associado a outros fármacos. Nesse sentido, se faz necessário direcionar ações e políticas que contemplem o uso de medicamentos, especialmente para o paciente idoso, a fim de minimizar riscos à saúde e melhorar a qualidade de vida no contexto do envelhecimento, bem como desestimular a prática da automedicação com medicamentos que podem comprometer tanto a capacidade física quanto cognitiva dos usuários, quando usados de forma inadequada ou associados a outras substâncias, já que Paredes; Miasso & Tirapelli (2008) verificaram o uso de BDZ entre jovens estudantes de enfermagem através da prática da automedicação havendo predomínio da população feminina.

Neste contexto, a orientação farmacêutica, bem como o acompanhamento farmacoterapêutico surgem como estratégias para promoção do uso racional dos medicamentos, sendo que as responsabilidades junto aos usuários precisam ser compartilhadas entre os profissionais da saúde, pois quanto maior a interação entre prescritor, dispensador e usuário, mais próximo se está de alcançar os resultados esperados.

## REFERÊNCIAS

- Auchewsk L, Andreatini R, Galduróz JCF, Lacerda RB. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Rev. Brás. Psiquiatr.*, 26(1):24-31, 2004.
- Bernick MA. Benzodiazepínicos e dependência, p. 212-31. In: Bernick MA. *Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência*. São Paulo, Edusp, 1999. 242p.
- Bicca MG, Argimon IIL. Habilidades Cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. *J. Brás. Psiquiatria*, 57(2): 133-38, 2008.
- Brasil AB, Spitz LO. O uso de benzodiazepínicos na prática clínica. *Revista da Residência Médica*, 2003.
- CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Jornal do CREMESP*. Edição n. 183. nov. 2002. Disponível em URL: <http://ser1.cremesp.org.br>. [20 out 2006].
- Cruz AV, Fulone I, Alcalá M, Fernandes AA, Montebelo MI, Lopes LC. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí – SP. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, 27(3):259-267, 2006.
- Dutra RA, Barbosa ER. Uso de medicamentos ansiolíticos em policiais militares. *REBESP*, 1(2):2-7, 2009.
- Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de Utilização de Medicamentos em Idosos Residentes em uma Cidade do Sul de Santa Catarina: Um Olhar Sobre a Polimedicação. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 0527/2007.
- Guarido CF. *Influência da atenção farmacêutica no seguimento do tratamento farmacológico de pacientes portadores de prolactinoma*. 2006. 66p. Dissertação ao Programa de Pós Graduação Fisiopatologia em Clínica Médica – Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo.
- Gorzoni ML, Pires SL. Idosos asilados em hospitais gerais. *Rev Saúde Pública*, 40(6):1124-30, 2006.
- Huf G, Lopes CS, Rozenfeld S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cad. Saúde Pública*, 16 (2) 351-62, 2000.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso 18/10/2009.
- Laranjeira R, Castro LA. Potencial de abuso de benzodiazepínicos, p. 187-98. In: Bernick MA *Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência*. São Paulo, Edusp, 1999. 242p.

Medeiros PV. *Prescrição de Benzodiazepínicos em Centro de Atenção Primária a Saúde na Cidade de Florianópolis*. 2004. 34p. Curso de Graduação em Medicina - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Mendonça RT, Carvalho ACD. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 13:1207-12, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatuto do Idoso. Brasília, 2003. [www.mds.gov.br/suas/arquivos/estatuto\\_idoso.pdf](http://www.mds.gov.br/suas/arquivos/estatuto_idoso.pdf)

Moreno DH. Psicofármacos e direção. *Rev. Psiq. Clín.*, 25(1): 13-15, 1998.

Mossegui BG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da Qualidade do Uso de Medicamentos em Idosos. *Rev Saúde Pública*, 33(5):437-444, 1999.

Nóbrega OT, Karnikowski. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(2): 309-313, 2005.

Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 213:896-90,2005.

Paredes NP, Miasso AI, Tirapelli CR. Consumo de Benzodiazepínicos sem prescrição médica entre estudantes do primeiro ano da escola de enfermagem da universidade de Guayaquil, Equador. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 16 (n.spe) 634-39, 2008.

Pepe VLE, Castro CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad. Saúde Pública*, 16(3):815-822, 2000.

Penteado PTPS, Cunico C, Oliveira KS, Polichuk MO. O uso de medicamentos por idosos. *Visão Acadêmica*, 3(1): 35-42, 2002.

Rocha F. - *Um estudo com base populacional de hábitos de sono, prevalência e fatores associados a insônia*. 2000. 137 p. Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Universidade de Brasília, Brasília.

Romano-Lieber NS, Teixeira JJV, Farhat FCLG, Ribeiro E, Crozatti MTL, Oliveira GSA. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. *Cad. Saúde Pública*, 18(6):1499-1507, 2002.

Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mal uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública*, 19(3):717-724, 2003.

Silva JA. História dos Benzodiazepínicos, p. 15-28. In: Bernick MA. *Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência*. São Paulo, Edusp, 1999. 242 p.

Tamai S. Tratamento dos transtornos do comportamento de pacientes com demência. *Rev. Brás. Psiquiatr*, 24(1), 2002.

Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2(1):213-20, 2007.

Zamparetti FO, Luciano LTR, Galato D. Utilização de Medicamentos em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos do Sul de Santa Catarina – Brasil. *Lat. Am. J. Pharm.*, 27 (4): 553-59, 2008.