

PATRÍCIA VIVIANE MEDEIROS

**PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM CENTRO
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CIDADE DE
FLORIANÓPOLIS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis-SC
Universidade Federal de Santa Catarina**

2004

PATRÍCIA VIVIANE MEDEIROS

**PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM CENTRO
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CIDADE DE
FLORIANÓPOLIS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Ernani Lange S. Thiago

Orientador: Prof(a). Dra. Roxana Knobel

Florianópolis-SC

Universidade Federal de Santa Catarina

2004

Medeiros, Patrícia Viviane.

Prescrição de benzodiazepínicos em centro de atenção primária à saúde na cidade de Florianópolis / Patrícia Viviane Medeiros. – Florianópolis, 2004.

34 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Benzodiazepínicos 2. Atenção primária a saúde 3. Vigilância sanitária 4. Posto de saúde I.. Título

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço à minha amada família, aos meus pais Jonas e Maria Helena Medeiros e minhas irmãs Larissa e Bruna. Aos meus pais, agradeço pela primorosa e impecável educação e formação moral, ao exemplo de força, determinação e lealdade. A presença constante, apesar da distância nestes últimos seis anos, certamente abrandou as dificuldades diárias e tornaram as pequenas conquistas mais grandiosas do que realmente eram. Não teria como agradecer-los; só posso expressar meu imenso amor e gratidão e a certeza de sempre tê-los ao meu lado. Foi por eles que cheguei até aqui.

Às minhas irmãs, agradeço pelo amor e apoio incondicional, especialmente a Larissa Medeiros, que com louvor amenizou a ausência física do restante da família. Pela dedicação e amizade, participando da minha rotina, sempre de forma amável e paciente, orientando-me os melhores caminhos a serem percorridos, fazendo também seus, os obstáculos enfrentados. À caçula Bruna pela carinhosa amizade, grande responsável pelos momentos alegres, conseguindo arrancar sorrisos mesmo nas maiores dificuldades. Agradeço a elas a verdadeira fraternidade.

Minha admiração e amizade à Dra. Roxana Knobel, pela carinhosa orientação, dedicação e amor à ciência, tornando-se mais que uma orientadora, uma incentivadora para cumprir essa tarefa. Os ensinamentos estão registrados e me acompanharão para a vida.

Ao Dr. Júlio Coutinho Filho e demais funcionários do Posto de Saúde do Itacorubi, pelo apoio e disponibilização dos prontuários para coleta dos dados. Agradeço ainda aos funcionários da Vigilância Sanitária pelas informações fornecidas para realização deste trabalho.

Aos grandes amigos do Internato: Bianca N. Toledo, Charles Ramos, Charlyston Schimdt, Daniel Mello, Esteban Albizuri, Fernanda do C. Destefani, Gabriel Scalco, Karina Papp, Marcos R. Gomes, e especialmente às amigas-irmãs Amanda Heinen e Vivian K. B. Franco, por todos os momentos compartilhados com muito humor, não esquecendo a co-orientação de todos neste trabalho.

E finalmente a Deus, pelo milagre da vida, por guiar meus passos e tornar meus sonhos possíveis.

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
SUMMARY.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	vii
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVOS.....	05
2.1- Objetivo geral.....	05
2.2- Objetivos específicos.....	05
3 MÉTODOS.....	06
3.1 Delineamento do estudo.....	06
3.2 Casuística; Critério de inclusão e exclusão.....	06
3.3 Variáveis estudadas.....	07
3.4 Análise estatística.....	07
3.5 Análise documental.....	07
3.6 Aspectos éticos.....	08
4 RESULTADOS.....	09
5 DISCUSSÃO.....	16
6 CONCLUSÕES.....	26
7 REFERÊNCIAS.....	27
8 NORMAS ADOTADAS.....	31
ANEXO I.....	32
ANEXOII.....	33

RESUMO

Objetivos: Avaliar a prevalência de uso de benzodiazepínicos em atenção primária à saúde, e fatores relacionados à prescrição e consumo; bem como avaliar a quantidade de benzodiazepínicos dispensada pelas farmácias de Florianópolis, refletindo a prevalência de usuários no município.

Métodos: Estudo transversal, entre pacientes maiores de 19 anos, atendidos no posto de saúde do Itacorubi, Florianópolis-SC, de agosto a dezembro de 2003. Através da análise de prontuários, pesquisou-se registros de prescrições de benzodiazepínicos e variáveis relacionadas à prescrição. Além de visitas à Vigilância Sanitária Municipal, atrás de registros do número de Notificações de Receita classe “B” retidas na dispensação deste fármaco, no período do estudo.

Resultados: A amostra foi composta de 968 pacientes maiores de 19 anos. Desses, 4,3% receberam prescrição de algum benzodiazepínico. Observou-se predomínio do sexo feminino (83,3%). A idade média foi de 46,9 anos (desvio padrão de $\pm 14,7$). Em relação às queixas apresentadas, houve referência à ansiedade em 59,2% dos prontuários, à insônia (21,4%) e a estresse/desânimo (16,6%). O benzodiazepínico mais prescrito foi o diazepam. Apenas 3 usuários de benzodiazepínicos foram encaminhados a especialistas (psiquiatras). Em 54,7% encontrou-se indício de cronicidade de uso destas medicações. Foi inviável avaliar a prevalência do uso de benzodiazepínicos através das Notificações de Receita retidas na Vigilância Sanitária, no período do estudo.

Conclusões: Os resultados mostraram prevalência de uso de benzodiazepínicos menor do que a referida na literatura. Porém, ainda foi possível confirmar a ocorrência de uso irracional e diversas práticas inadequadas na prescrição, consumo, dispensação e fiscalização sobre esses medicamentos.

SUMMARY

Objectives: Evaluate the prevalence of the benzodiazepines usage in health care primary, and factors related to the prescription and consume; as well as estimate the quantity of benzodiazepines dispensed by the drugstores of Florianopolis, reflecting the prevalence of users from the municipality.

Methods: Transversal study, among patients with more than 19 years old, attended at the Itacorubi health station, Florianopolis-SC, from august to December of 2003. Through the analysis of patient files, benzodiazepines prescriptions register were researched, and variables related to the prescription. Besides the visitations to the Municipal Sanitary Vigilance after the registration of the number of notifications from class “B” prescription retained on the dispensation of this pharmacist, on the period of study.

Results: The sample was compounded of 968 patients with more than 19 years old. From these, 4,3% received prescriptions of some benzodiazepine. Predominance of females was observed (83,3%). The average of age was of 46,9 (standard deviation \pm 14,7). Concerning the complaints presented, there was reference to the anxiety in 59,2% of the patient files, to the insomnia (21,4%), and to the stress (16,6%). The most prescript benzodiazepines was the diazepam. Only three users were sent to specialists (psychiatrists). In 54,7%, cronicity indexes was found on the usage of these medicines. It was unavailable the evaluation of prevalence of the usage of the benzodiazepines through the notifications of prescriptions retained at the Sanitary Vigilance, on the period of study.

Conclusions: The results displayed prevalence of the usage of benzodiazepines minor than refered to the literature. However, it was still possible to confirm the occurrence from an unreasonable usage and several inadequate practices on the prescription, consume, dispensation and fiscalization on these medicines.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA– Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BDZ – Benzodiazepínicos

DDD – Dose Diária Definida

DIMED – Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos do Ministério da Saúde

GABA – Ácido γ -aminobutírico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF– Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

1 INTRODUÇÃO

A psicofarmacologia teve início com os trabalhos de Emil Kraepelin, mas as descobertas que revolucionam a prática clínica somente ocorreram após a Segunda Guerra Mundial. Os psicotrópicos diminuíram significativamente o número de internações psiquiátricas e o tempo de permanência dos pacientes psiquiátricos nos hospitais. Além disso, permitiram que pacientes com história de diversas internações regressassem a seus lares e pudessem continuar seus tratamentos em ambulatórios. Para os profissionais de saúde, os avanços da psicofarmacologia reaproximaram a especialidade da prática clínica geral, trazendo não apenas novas perspectivas terapêuticas, mas a responsabilidade de se aprimorar os diagnósticos e as ações psicofarmacológicas dos medicamentos reduzindo os riscos envolvidos na sua utilização^{1,2}.

De existência relativamente curta, os benzodiazepínicos (BDZ) - cujo mecanismo de ação se dá pela estimulação do receptor do ácido γ -aminobutírico (GABA), principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central⁴, mostraram uma tal eficiência e segurança no combate a ansiedade que, em pouco tempo, vieram a se situar no grupo dos medicamentos mais vendidos em todo o mundo³. Com suas propriedades sedativas deslocaram rapidamente os barbitúricos, em virtude do menor potencial de causar dependência e maior índice terapêutico dessas substâncias, isto é, baixa toxicidade e relativa seletividade de efeitos^{4,5}.

Em 1966, apenas seis anos após a comercialização do primeiro benzodiazepínico, Deniker – um dos precursores da moderna Psicofarmacologia – alertava para o “uso imoderado destas substâncias em situações não médicas, com o fim de evitar, graças à sua ação rápida, todos os inconvenientes da vida moderna: ansiedade, nervosismo, insônia ...”; e propunha que se evitasse recorrer a “estas aspirinas dos estados de tensão ou angústia” para qualquer situação².

Diversos ensaios clínicos estabeleceram a efetividade dos BDZ no tratamento a curto prazo da ansiedade aguda e insônia, e, a longo prazo, no controle de alguns distúrbios de ansiedade bem definidos, como o distúrbio do pânico ou agorafobia^{4,6,7}. Fora da área da psiquiatria, suas principais indicações são como anticonvulsivantes, relaxantes musculares e coadjuvantes na anestesia⁵.

Atualmente, os BDZ estão entre as drogas mais prescritas no mundo^{3,5}, cerca de 15% de toda a população norte-americana já recebeu pelo menos uma prescrição deste fármaco⁴, e estima-se que entre 1% e 3% de toda a população ocidental já os tenha consumido regularmente por mais de um ano⁸.

Acredita-se que o consumo de BDZ dobra a cada cinco anos. Em Belo Horizonte (MG), por exemplo, o uso de agentes ansiolíticos-hipnóticos em idosos atingiu índices de 95% dos entrevistados; em uma cidade de São Paulo com 10.000 habitantes, 50% dos entrevistados fariam uso de benzodiazepínicos^{9,10}. Nos anos de 1988 e 1989, o consumo brasileiro de BDZ foi de aproximadamente 20 DDDs (doses diárias definidas por 1.000 habitantes por dia), semelhante ao dos Estados Unidos e Chile¹¹.

Segundo Paprocki, o consumo crescente de benzodiazepínicos pode ser resultado de um período particularmente turbulento que caracteriza as últimas décadas da humanidade. A diminuição progressiva da resistência da humanidade para tolerar tanto estresse, a introdução profusa de novas drogas e a pressão propagandística crescente por parte da indústria farmacêutica, ou ainda hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos podem ter contribuído para o aumento da procura pelos benzodiazepínicos¹².

Apesar de serem drogas relativamente seguras, restrições à sua utilização têm sido cada vez maiores devido à incidência dos efeitos colaterais, relacionados à depressão do sistema nervoso central^{4,13}. Dentre eles, os principais são a diminuição da atividade psicomotora, o prejuízo na memória, reações paradoxais (excitação, inquietude), tolerância e dependência, risco de intoxicação e a potencialização do efeito depressor pela interação com outras drogas depressoras, principalmente o álcool, diminuindo as funções cardíacas e respiratórias^{13,14,15}. Além disso, estudos demonstram que há um aumento das taxas de acidentes, quedas e fraturas entre usuários de benzodiazepínicos^{15,16}.

O potencial gerador de dependência desses medicamentos está bem documentado - sintomas de abstinência podem ocorrer mesmo com o uso de doses “terapêuticas”, quando utilizados diariamente por mais de duas a três semanas. Os sintomas incluem cefaléia e ansiedade, insônia, tremor e fadiga, alterações da percepção e diminuição da habilidade de concentração. O efeito da dependência deve ser cuidadosamente prevenido pelo médico, através do uso de dosagens mínimas, por períodos de tratamento curtos, evitando prescrever esse tipo de medicamento a pacientes com história ou propensos à drogadição^{15,17}.

Em função da importância do tema, as pesquisas têm começado a focalizar a população de usuários crônicos de benzodiazepínicos, na tentativa de melhor identificá-la e melhor direcionar ações preventivas.

Algumas características destes usuários já estão bem documentadas: o sexo feminino e o aumento da idade são fatores de risco já bem estabelecidos não apenas para o uso, mas também para o uso prolongado destes^{8,18,19,20}. Ainda entre as variáveis sócio-demográficas, os baixos níveis de renda e escolaridade foram apontados em alguns estudos^{18,20}; e entre os problemas de saúde, os principais são: a presença de insônia, e queixas ósteo-articulares, músculo-esqueléticas e gastrointestinais¹⁹. No entanto, ainda não foram investigadas algumas características relacionadas ao estado geral de saúde, nos pacientes considerados usuários crônicos¹⁶.

Segundo Lopes et al²¹, estudos em comunidades ocidentais têm mostrado que a prevalência de transtornos mentais não psicóticos é em média de 17%. Outro achado importante é que os quadros depressivos/ ansiosos têm representado o terceiro problema de saúde em mulheres nos países desenvolvidos e o quinto em países em desenvolvimento. Esses transtornos contribuem ainda, para um terço dos dias perdidos por doença no trabalho e um quinto de todas as consultas em atenção primária. Esses pacientes também apresentam taxas mais elevadas de mortalidade e prejuízos importantes nas funções sociais e físicas²¹.

A importância de tais transtornos aliada à falta de preparo por parte dos médicos em lidar com problemas psicológicos e existenciais, além da deteriorização da relação médico-paciente, reduz a oportunidade deste em expressar a origem do seu transtorno e a disponibilidade do médico em buscar a solução adequada, o que acarreta numa prescrição indiscriminada de tranqüilizantes, especialmente os benzodiazepínicos².

O largo consumo de benzodiazepínicos tem sido motivo de inquietação mundial das autoridades de saúde. Em virtude disso a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem promovido reuniões com vários países para discussão de medidas de controle restritivas que possam coibir o uso indiscriminado do medicamento³. Infelizmente contribuições de países subdesenvolvidos têm sido muito escassas. De acordo com a OMS, embora a maioria dos países industrializados exerça controle sobre a venda e produção de benzodiazepínicos, muitos países em desenvolvimento não têm controle suficiente sobre essa classe de droga³.

O Brasil foi enquadrado em medidas de controle da prescrição e venda dos benzodiazepínicos, pelas autoridades de saúde, no início de 1974, o que anteriormente era

realizada sem receituário médico²². A partir de 1984, a DIMED (Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos do Ministério da Saúde) publicou uma seqüência de portarias, instituindo a Notificação de Receita para venda de psicotrópicos. Através da regulamentação governamental nº 344/98.16 de 1998, os benzodiazepínicos foram enquadrados nas Notificações de Receita classe “B” (receituário azul), um documento que autoriza a liberação do medicamento nas instituições autorizadas, com a retenção da receita para inspeção e controle pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)²³.

Em razão de transtornos mentais e comportamentais serem comuns entre pacientes que buscam serviços de atenção primária de saúde^{21,24}, despertou-se o interesse para realização de um estudo estimativo da população usuária de benzodiazepínicos, bem como conhecer os fatores relacionados à prescrição e consumo, além das implicações na dispensação desses medicamentos. Interesse este, oriundo da vivência clínica nos postos de saúde, através do internato da 10º fase em Saúde Pública.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Avaliar a prevalência de usuários de benzodiazepínicos na cidade de Florianópolis-SC.

2.2 Objetivos Específicos:

- 2.2.1-** Avaliar a porcentagem de indivíduos atendidos em um Posto de Saúde, aos quais foram prescritos benzodiazepínicos no período de agosto a dezembro de 2003; bem como fatores relacionados à sua prescrição e consumo.
- 2.2.3-** Avaliar, junto à Vigilância Sanitária, o número de prescrições retidas, refletindo a quantidade de benzodiazepínicos dispensada pelas farmácias de Florianópolis, no período do estudo.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Estudo transversal, do tipo descritivo, observacional.

3.2 Casuística; Critérios de inclusão e exclusão

I- Estudo no Posto de Saúde do Itacorubi (Florianópolis-SC)

No período de agosto a dezembro de 2003, foram registradas todas as consultas realizadas no posto de saúde do Itacorubi (Florianópolis-SC), nas segundas, terças, quintas e sextas feiras no período vespertino. Esse serviço atende cerca de 5600 famílias residentes no bairro Itacorubi, através do Programa de Saúde da Família (PSF) do Sistema Único de Saúde (SUS). No período do estudo, através de convênio mantido com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (Programa Docente Assistencial), o atendimento médico foi prestado por alunos do internato da 10ª fase, do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação do médico responsável.

Foram incluídos todos os prontuários de pacientes, com idade superior a 19 anos, com registro em prontuário de prescrição de algum benzodiazepínico (listados no anexo I), independentemente da prescrição concomitante de outras drogas. As informações contidas nos prontuários foram aceitas como verdadeiras, sem interferência do pesquisador.

Excluíram-se os prontuários incompletos, extraviados ou sem registro de atendimento prestado no período estipulado.

A coleta de dados ocorreu nos arquivos do posto de saúde do Itacorubi. Os dados foram registrados em formulários específicos e arquivados em computador, no programa *Microsoft Excel*® (versão 5.0ª), para posterior análise.

II- Estudo na Vigilância Sanitária do município de Florianópolis- SC

Buscou-se fazer um levantamento da quantidade de benzodiazepínicos dispensadas pelas farmácias e drogarias particulares do município de Florianópolis, bem como pelo Posto de Saúde do Centro e Policlínica do Estreito, nos quais centraliza-se o fornecimento do medicamento na rede pública de saúde do município, no período de agosto a dezembro de 2003.

Através de visitas à Vigilância Sanitária Municipal, pesquisou-se registros do número de Notificações de Receitas “B” (receituário azul), classe a qual pertencem os benzodiazepínicos, segundo a última atualização na Resolução RDC nº 3 de 8 de janeiro de 2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (anexo II), em que foram prescritos tais medicamentos. Conforme a regulamentação governamental nº 344/98.16 de 1998 e suas atualizações, devem ser encaminhadas a esta instituição, todas as Notificações de Receitas retidas na dispensação do fármaco em todas as farmácias, drogarias e locais de dispensação da rede pública do município, para a devida fiscalização numa periodicidade trimestral²³. A proposta do estudo era a inclusão de todas as Notificações de Receita com prescrição de benzodiazepínicos encaminhadas à instituição, no período estabelecido.

3.3 Variáveis estudadas

Os dados obtidos dos prontuários foram: 1) número de registro do paciente; 2) idade; 3) sexo; 4) queixa referida; 5) medicamento prescrito; 6) encaminhamento para especialistas (neurologista/ psiquiatra), 7) uso prolongado, considerando uso prolongado para o paciente que consome algum benzodiazepínico de modo contínuo, por qualquer motivo, durante 3 meses ou mais²⁵.

Em relação à notificação de receita, nos registros da Vigilância Sanitária, os dados disponíveis no receituário são: 1) identificação do paciente, sendo que esta não será divulgada; 2) medicamento prescrito.

3.4. Análise estatística

Os dados obtidos foram analisados com o auxílio dos programas de computador *Microsoft Excel*® 2000, e expressos em valores absolutos e percentuais.

3.5. Análise documental

A pesquisa bibliográfica foi realizada no banco de dados da Internet, através do Medline (publicações mundiais da área médica), Lilacs (publicações médicas latino-americanas), Bireme (Biblioteca Regional de Medicina), ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), e livros-textos consagrados na área.

3.6. Aspectos Éticos

Foram seguidas as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 196/96.

As informações obtidas serão utilizadas apenas para os propósitos do estudo. A pesquisa não envolve contato direto com pacientes. As informações obtidas de prontuários e de notificações de receitas não foram identificadas no banco de dados, garantindo o sigilo das informações.

O projeto encontra-se em tramitação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

4 RESULTADOS

I- Estudo no Posto de Saúde do Itacorubi (Florianópolis-SC)

1.1 Característica da amostra

Durante o período do estudo foram atendidos no posto de saúde do Itacorubi (Florianópolis-SC), um total de 1732 pacientes. A população selecionada para o estudo foi de 968 pessoas.

A faixa etária da amostra encontrava-se no intervalo de 19 a 92 anos, com média igual a 51,6 anos (desvio padrão de $\pm 14,9$) sendo que a maioria (54,1%) apresentava idade entre 40 e 59 anos, com predomínio do sexo feminino (73,6%). (Figura 1).

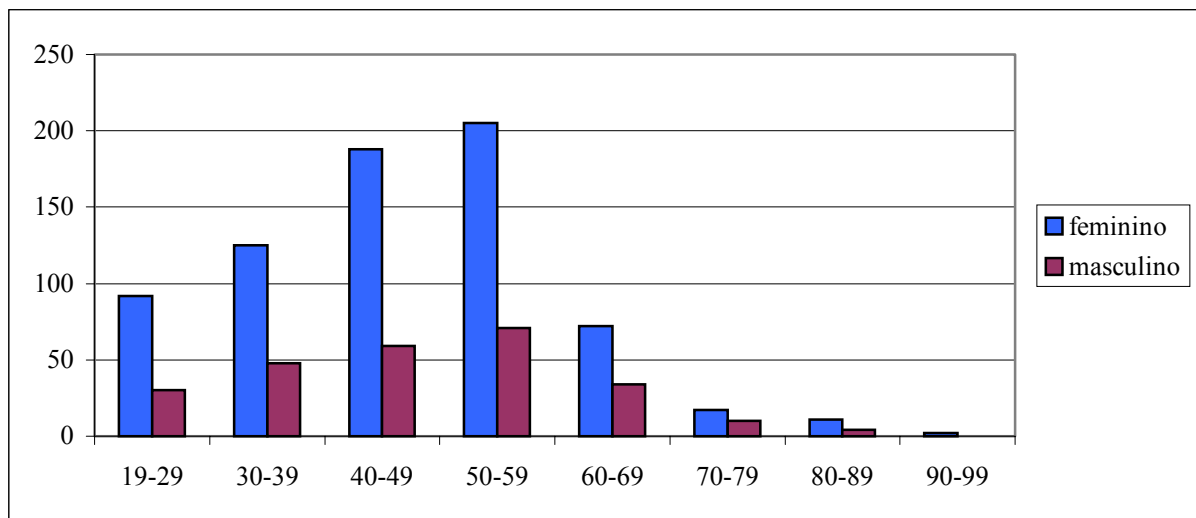


Figura 1: Relação entre sexo e faixa etária dos pacientes, maiores de 19 anos, atendidos no Posto de Saúde do Itacorubi.

Fonte: Posto de Saúde do Itacorubi, Florianópolis-SC. Ago-Dez de 2003).

Houve referência de prescrição de benzodiazepínicos (isoladamente ou em combinação com outras drogas) a 42 (4,3%) dos pacientes da amostra (Figura 2).

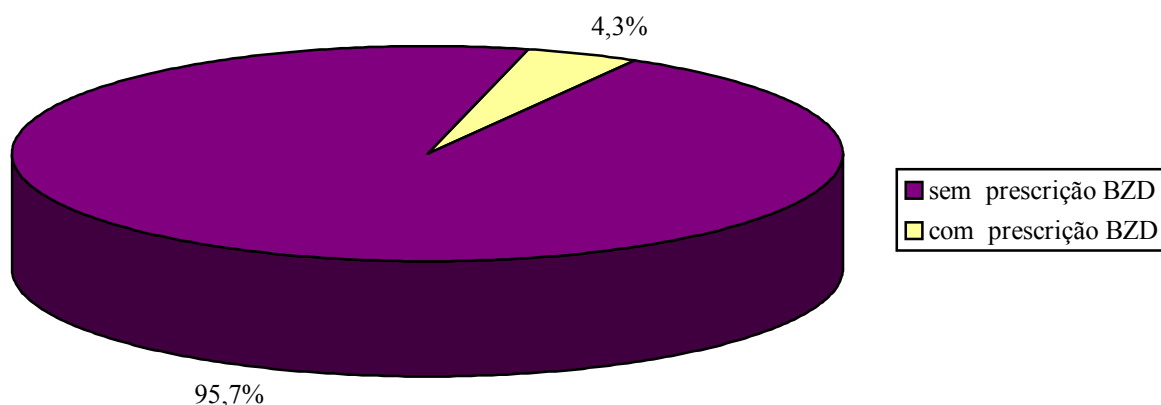


Figura 2: Prevalência de prescrição de benzodiazepínicos.

Fonte: Posto de Saúde do Itacorubi, Florianópolis-SC. Ago-Dez de 2003).

Dentre os pacientes que receberam a prescrição de algum benzodiazepínico, a maioria (61,9%) tinha idade entre 40 e 59 anos, com idade média de 46,9 anos (desvio padrão de $\pm 14,7$) e idade máxima de 81 anos; houve predomínio do sexo feminino (83,3%). (Figura 3).

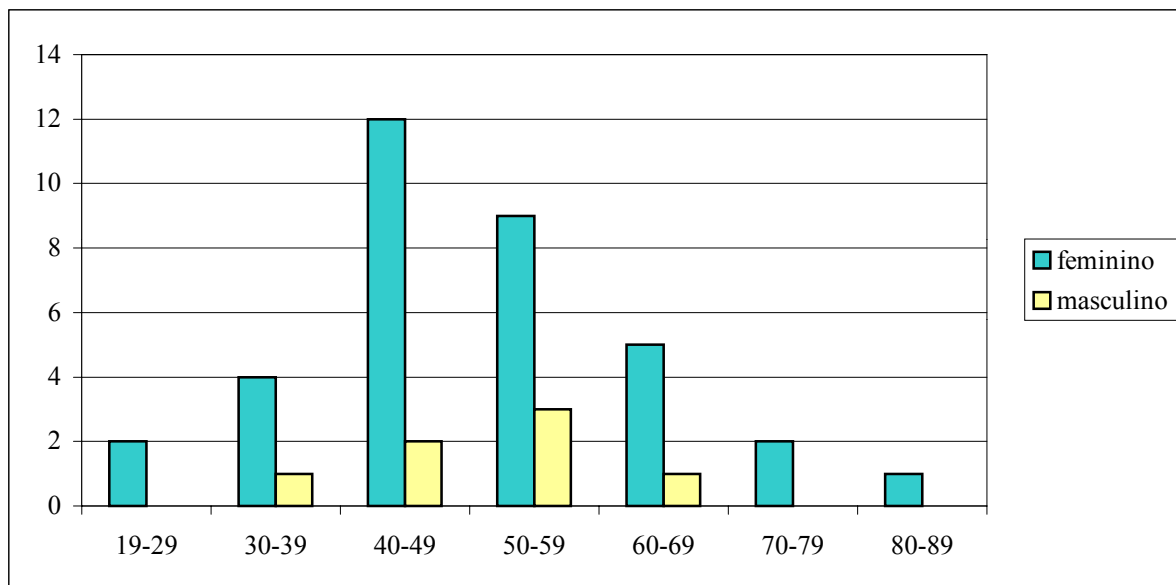


Figura 3: Relação entre sexo e faixa etária dos pacientes usuários de benzodiazepínicos.

Fonte: Posto de Saúde do Itacorubi, Florianópolis-SC. Ago-Dez de 2003.

Em relação às queixas apresentadas pelos pacientes, relacionadas ou não as prescrições de benzodiazepínicos, houve associação com ansiedade em 59,2%, seguida pela insônia (21,4%), e o binômio estresse / desânimo (16,6%). A queixa de cefaléia foi referida por apenas um paciente, correspondendo a 2,3% da amostra. (Figura 4).

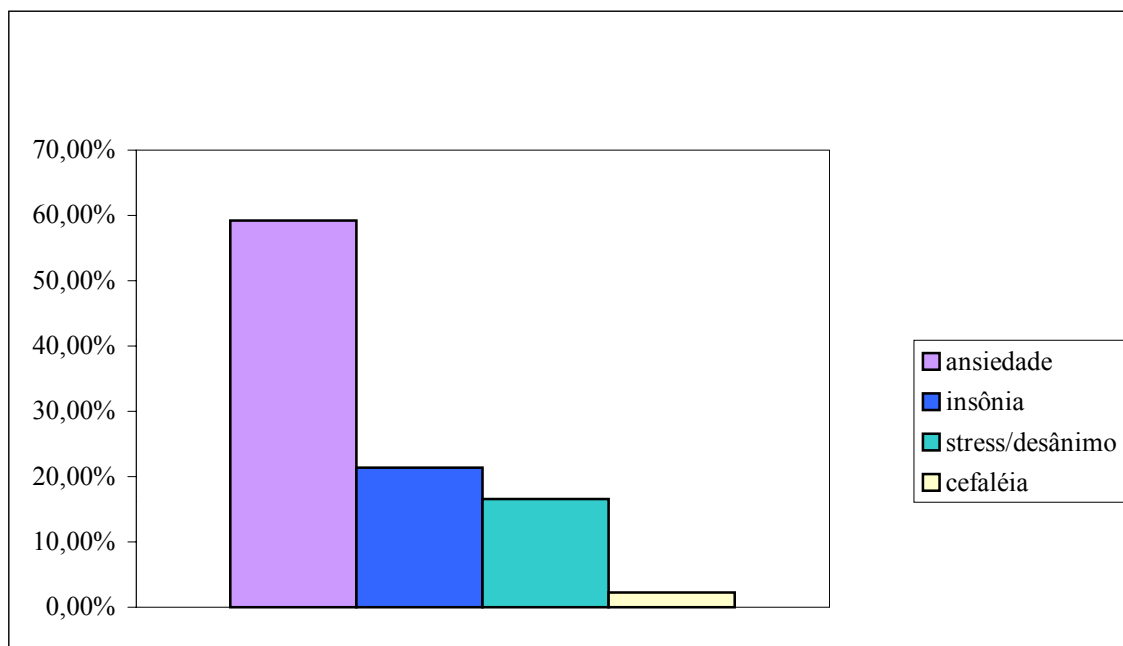


Figura 4: Queixas referidas pelos usuários de benzodiazepínicos.

Fonte: Posto de Saúde do Itacorubi, Florianópolis –SC. Ago-Dez 2003.

Quanto aos fármacos mais prescritos, observou-se neste estudo que o diazepam foi a droga mais usada, sendo prescrito em 47,6%, em seguida o bromazepam com 26,1%, e o clonazepam correspondendo a 19% das prescrições. Foi encontrado registro da prescrição de alprazolam em dois prontuários (4,7%) e de lorazepam em apenas um prontuário (2,3%) (Figura 5).

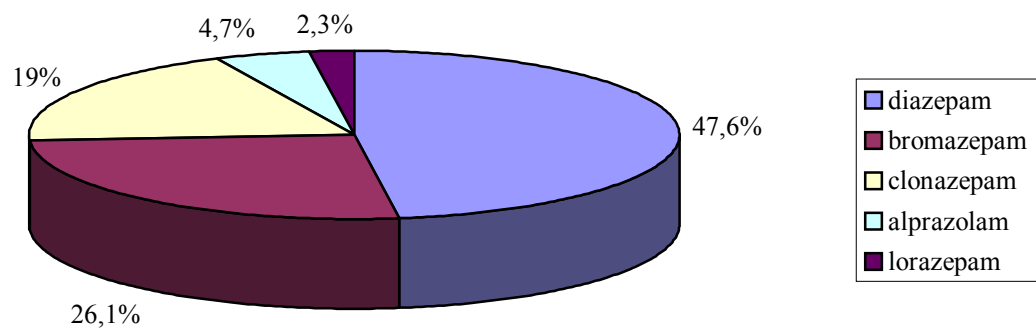


Figura 5: Classes de benzodiazepínicos mais prescritos.

Fonte: Posto de Saúde do Itacorubi, Florianópolis-SC. Ago-Dez de 2003.

Nos prontuários analisados foram encontrados em apenas 3 deles (7,1%) registros de encaminhamentos realizados para especialistas, sendo em sua totalidade encaminhamentos para psiquiatras.

Através da verificação nos prontuários de registros repetidos de prescrição de algum medicamento benzodiazepínico, tentou-se inferir o percentual de uso prolongado, sendo que em 54,7% dos prontuários, encontrou-se três ou mais registros de prescrição do medicamento (Tabela 1).

TABELA 1: Cronicidade do uso de benzodiazepínicos entre os pacientes usuários de benzodiazepínicos do Posto de Saúde do Itacorubi em Florianópolis-SC, entre agosto e dezembro de 2003.

	n (42)	%
Usuários crônicos de benzodiazepínicos	23	54,7

II- Estudo na Vigilância Sanitária do município de Florianópolis- SC

Através de visitas a Vigilância Sanitária do município de Florianópolis, avaliou-se o sistema para controle dos medicamentos prescritos em Notificação de Receita “B” (receituário azul), através do qual devem ser prescritos os medicamentos do estudo, adquiridos nas farmácias de cidade, segundo a regulamentação governamental nº 44/98.16 de 1998.

A fiscalização é realizada por meio do envio das receitas retidas no momento da dispensação do medicamento, juntamente com o controle interno da quantidade de medicamentos comercializada pela farmácia. Esse relatório deve ser enviado numa periodicidade trimestral para a Vigilância Sanitária. Posteriormente à inspeção individualizada de cada receituário, estes são re-enviados às farmácias, que devem mantê-los arquivado por um período mínimo de 2 anos, para depois serem encaminhadas para incineração.

Segundo o farmacêutico responsável, esse sistema apenas permite verificar irregularidades técnicas na prescrição, como preenchimento incorreto/ilegível e inadequação do receituário, ou irregularidades na comercialização do medicamento no trimestre analisado.

Não existe, no momento, nenhum sistema ou registro da quantidade de medicação dispensada à população, do número de receitas aviadas por cada médico ou instituição e do número de receitas fornecidas a cada paciente.

As receitas que estavam disponíveis na Vigilância Sanitária não correspondiam ao período do estudo, e não havia como acessar os dados referentes a esse período. Mesmo se fossem analisadas as receitas que estavam naquele momento na instituição, seria impossível obter qualquer dado consistente, provavelmente pela falta de sistematização dos mesmos. Foi inviável avaliar a dispensação/prescrição de benzodiazepínicos na Vigilância Sanitária do município de Florianópolis.

5 DISCUSSÃO

Estudos sobre a prescrição de medicamentos apontam que ela ocorre em cerca de 80% das consultas médicas em atenção primária à saúde²⁶. Igualmente, há evidências de que quanto maior o número de prescrições, menor é a porcentagem de medicamentos adequados; assim como um melhor conhecimento sobre medicamentos leva a um uso mais equilibrado²⁶.

Os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais prescritas no mundo^{3,5}. Apesar de não haver evidências de epidemia no uso e abuso, percebe-se um consumo substancial desses produtos entre os usuários de serviços de saúde^{27,28,29}. Em virtude da ampla margem de segurança oferecida, os benzodiazepínicos são empregados de forma indiscriminada, para além de suas indicações terapêuticas e por tempo prolongado⁹.

Interferindo neste espaço terapêutico, as questões que envolvem a política desses medicamentos, tais como aquisição, distribuição, legislação, controle de qualidade, relação com as indústrias farmacêuticas internacionais, acesso e equidade, vêm assumindo uma dimensão maior dia a dia^{1,3}.

Não se dispõe de estimativas mundiais do volume de vendas de medicamentos benzodiazepínicos; contudo sabe-se que eles representam 85% das vendas de psicotrópicos; portanto é possível estimar que eles detêm 5,8% do mercado mundial e mais de 3,8% do mercado brasileiro de medicamentos².

Nos Estados Unidos supõe-se que cerca de 15% de toda a população já recebeu pelo menos uma prescrição de benzodiazepínico, e estima-se que entre 1% e 3% de toda população ocidental já o tenha consumido regularmente por mais de um ano⁸. No Brasil, conforme Wortmann et al, a prevalência de uso de benzodiazepínicos na vida foi de 46,7%, 21,3% para uso no ano, e 13,1% para uso no mês²⁹.

Em virtude da escassez de dados atualizados sobre a prescrição e o consumo de benzodiazepínicos em nosso país, aliada a experiência vivenciada no Posto de Saúde do Itacorubi, no internato da 10ª fase, despertou-se o interesse para a realização de um estudo de demanda para contribuir para a discussão deste tema em nosso meio.

A frequência da população usuária de benzodiazepínico observada em nosso estudo, parece extremamente baixa quando comparada à literatura^{1,30,31} e à experiência clínica, como

refere Gualleguillos et al em estudo semelhante, mostrando uma frequência de 26% de usuários de benzodiazepínicos em um serviço de atenção primária de saúde no Chile²⁵.

Segundo Zandstra et al, os índices mundiais de prevalência de uso destes medicamentos é variável (de 2,2% a 17,9%), dependendo do enfoque da pesquisa, seja através de inquéritos populacionais (entrevistas) ou através da análise de prescrições, além de variações decorrentes do período estudado³⁰. Em estudo realizado na Holanda, obteve-se índices de 0,9% quando se avaliaram as prescrições, e 8,9% de usuários na população geral, quando se obteve dados através de entrevistas diretas com os pacientes³⁰.

É importante salientar que estudos de prescrições, como este que foi realizado, tende a subestimar a real utilização dessas drogas pela comunidade, por diversos motivos:

O sub-registro da consulta no prontuário, foi uma das grandes dificuldades encontradas nesta pesquisa. Apesar de constar no Código de Ética Médica³² - "...é vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente, o qual deve constar de ficha de anamnese, ficha de evolução, ficha de prescrição terapêutica, métodos diagnósticos auxiliares..." - auditorias em atenção primária à saúde, realizadas no Brasil, confirmam de certa forma a má qualidade dos registros médicos³³.

A necessidade e o valor dos registros médicos é incontroverso, principalmente em local de prática de ensino, onde os estudantes atendem pacientes apenas um semestre, e cuja continuidade do atendimento também depende da qualidade dos registros; como enfatiza Da Costa et al³³, referindo que a qualidade da informação é proporcional à qualidade da assistência prestada, e que na sua ausência fica difícil fazer inferência sobre a qualidade³³. Para Oliveira et al³⁴, a falta de registro adequado é decorrente do aumento da demanda dos serviços de saúde, enquanto os recursos alocados à medicina ambulatorial são insuficientes para atender esse aumento da demanda. Em decorrência disso, a relação médico-paciente torna-se muito frágil e distante, as consultas ficam mais curtas e o papel do médico no processo diagnóstico e terapêutico, muito vago, distante e descompromissado³⁴.

Outro fato que explicaria a baixa frequência encontrada neste método realizado, é o sub-registro da prescrição, já que inúmeras vezes a busca dessas medicações não é o motivo principal da consulta e acaba não acontecendo o registro no prontuário. Além das prescrições feitas de "corredor", ou seja, pressionado pelo grande número de atendimentos o médico utiliza-se da prescrição como uma forma mais simples de encerrar uma consulta²⁶. Segundo

Meville (apud Béria)²⁶, a prescrição de medicamentos talvez seja a melhor medida direta disponível para avaliar a qualidade do trabalho médico em atenção primária.

Além da venda de medicamentos sem prescrição, que ainda persiste em nosso país, como mostra Carlini et al³⁵, em um estudo realizado em 1986, no qual estudantes de medicina simularam queixas relacionadas à ansiedade, nervosismo e insônia a balconistas das farmácias, sendo aconselhados e vendidos medicamentos benzodiazepínicos a 78% deles, como prova do descaso com a legislação em vigor²³. Apesar de implantações de medidas mais restritivas, o impacto causado na venda dessas medicações ainda é pequeno, como Carlini et al²² compara em estudo semelhante, no qual o índice de venda ilícita dessas medicações ainda foi bastante alto. Há referências na literatura de uso do medicamento sem prescrição médica em 9,4% dos pacientes^{25,27}.

Parece não haver discordância, na literatura, quanto à predominância do consumo de benzodiazepínicos pelas mulheres, bem como, quanto ao aumento deste consumo com a idade^{2,18,28,29,31}. Diversos autores referem que as mulheres 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, o que poderia conduzir a uma chance maior de consumo de medicamentos, entre os quais os benzodiazepínicos^{25,16}.

Por outro lado, entre as mulheres é maior a frequência de transtornos mentais e comportamentais, observando-se usualmente uma razão de 1,5:1 a 2:1 na vida adulta, sem diferenças assinaladas na infância e poucas na velhice. Não há dúvida de que fatores genéticos e biológicos desempenham algum papel³⁶. Contudo, fatores psicológicos e sociais, e maior sensibilidade de adaptação vital ao estresse, também pesam significativamente na diferença entre os sexos. Esses achados têm sido feitos não somente nos países desenvolvidos como também em vários países em desenvolvimento^{2,24,25}.

Estudos específicos com os usuários de benzodiazepínicos confirmam a maior frequência não apenas de distúrbios psíquicos, mas também de problemas clínicos crônicos, como doenças cardiovasculares, artrites, tendinites e bursites, entre as mulheres¹⁶. Há também uma maior relação do gênero feminino e idades mais avançadas com os distúrbios severos do sono³⁷.

Outro fator que poderia estar correlacionado com o gênero feminino é o maior comparecimento das mulheres às unidades de saúde, como observado no estudo.

Em consonância com a literatura ^{2,18,25,28,29,31}, que refere o aumento da idade como um fator de risco bem estabelecido para consumo de benzodiazepínicos e fármacos em geral, observou-se prevalência de uso aumentada em pacientes com faixa etária entre os intervalos de 40 a 59 anos. Esse aumento parece estar ligado com a maior possibilidade de aparecimento de diversos problemas de saúde, entre os quais aqueles em que se utilizam os psicofármacos como terapia principal ou como coadjuvantes ^{1,16,31}.

Uma explicação possível para a baixa ocorrência de uso de benzodiazepínicos na população com idade acima de 60 anos seria o pequeno número de indivíduos nesta faixa etária no presente estudo.

Entre os motivos para o recebimento da receita médica ou para o uso de benzodiazepínicos, as indicações foram compatíveis às descritas na literatura ^{14,29,38}. Encontraram-se quadros relacionados à ansiedade na maioria dos pacientes, seguida da queixa de insônia, sendo estas as condições principais de aplicação clínica dos benzodiazepínicos na psiquiatria e prática médica geral ^{4,14,38}.

A ansiedade é uma manifestação normal do ser humano, podendo fazer parte do processo adaptativo da pessoa; ou um problema de saúde importante, quando este estado emocional traz prejuízos funcionais, comprometendo o bem estar geral⁴. Os transtornos de ansiedade possuem enorme importância para o clínico geral, sendo uma das condições mais comuns que se apresentam nos consultórios e nas clínicas de atenção primária. Conforme mostra Del Porto⁶, em estudo da população em atenção primária, sem diagnóstico formal de doença psiquiátrica, encontrando alta prevalência de sintomas ansiosos⁶.

Diversos ensaios clínicos estabeleceram a efetividade dos benzodiazepínicos no tratamento a curto prazo da ansiedade aguda, seja ela fruto de alterações cognitivas, somáticas, comportamentais ou emocionais e, a longo prazo, no controle de alguns distúrbios de ansiedade bem definidos, como o distúrbio do pânico ou agorafobia ^{4,14,38,39}. Não são recomendados para ansiedade crônica de sintomatologia que não comprometa muito a rotina do paciente. É recomendável evitar a prescrição de BDZ para pessoas sadias em ocasiões de estresse agudo, como luto e separação, pois há sempre que se considerar o risco de abuso e dependência ^{6,39}. De forma geral, existe consenso na literatura que as drogas mais indicadas para o tratamento de médio/longo prazo dos transtornos ansiosos são os antidepressivos, particularmente aqueles com potente ação sobre a recaptação de serotonina⁴.

Em relação ao tratamento da insônia, que atualmente é considerada problema de saúde pública, afetando de 16% a 40% da população, com conseqüências médicas, psicológicas e sociais, os benzodiazepínicos são realmente os medicamentos mais utilizados^{12,14}. É necessário seu tratamento pela sintomatologia, pois pessoas com insônia freqüentemente se queixam de sonolência excessiva, fadiga, dificuldade de concentração e memória, dores musculares e depressão. Estudos recentes documentam que populações de pacientes com insônia apresentam risco 25 vezes maior de desenvolver transtornos afetivos e ansiosos³⁷. Entretanto a indicação dos benzodiazepínicos é limitada a curtos períodos de uso por apresentar inúmeros efeitos colaterais com a amnésia retrógrada e o efeito rebote sobre o sono³⁷. Alguns autores têm sugerido o uso de zolpidem, um novo hipnótico com boa ação e menos efeitos colaterais⁷.

Sobre as prescrições encontradas para a queixa de estresse/desânimo, os índices são semelhantes aos encontrados por Galleguillos et al²⁵ (16,6%). No entanto o uso de benzodiazepínicos só está indicado no início do tratamento dessas condições e em associação com antidepressivos com o objetivo de aliviar o quadro de "piora inicial" dos sintomas ansiosos no início do tratamento com antidepressivos, e nos casos em que seja desejável o alívio mais rápido de sintomas da ansiedade, particularmente sintomas de transtorno do pânico^{16,29}. Porém os dados referentes ao uso associado com antidepressivos não foram coletados nesse trabalho.

Para Almeida et al¹, é uma questão de diagnóstico, uma vez que as síndromes depressivas leves, tão freqüentes em unidades primárias e secundárias de saúde, traduzindo-se em inúmeras queixas somáticas, podem estar sendo diagnosticadas como síndromes ansiosas, o que justificaria a prescrição do ansiolítico¹. Por sua vez, este é considerado um medicamento relativamente mais seguro e que oferece menos problemas (efeitos colaterais, risco de intoxicação, interações medicamentosas) do que os demais psicofármacos, inclusive os antidepressivos⁴. Este fato pode fazer com que um clínico sinta-se seguro o suficiente para decidir incorporar o benzodiazepínico em seu arsenal terapêutico, mas não outros psicofármacos¹.

Não houve referências na literatura da indicação de benzodiazepínicos para o quadro de cefaléia, conforme encontrado neste estudo. Supõe-se a existência da prescrição inapropriada do fármaco para essa patologia, ou ainda a queixa referida na consulta não estar relacionada com a prescrição, e este ser um caso de repetição do receituário, conforme

descrito. No entanto Simon et al²⁰ relaciona uma associação de uso desses medicamentos com queixas físicas de caráter crônico, não citando especificamente a cefaléia em seu estudo.

Em concordância com a literatura, o fármaco mais comumente prescrito foi o diazepam, já que foi um dos primeiros psicotrópicos que surgiram em nosso país, e têm permanecido na preferência dos médicos, pelo baixo custo e fornecimento gratuito pelo Sistema Único de Saúde, além de suas propriedades farmacocinéticas: rápida absorção por via oral, vida média prolongada que permite uma dosagem mais distanciada e segura, e sintomas de abstinência menos proeminentes^{4,25,38}. Entre as prescrições restantes, houve registro do uso, em ordem de frequência, de bromazepam, clonazepam, alprazolam e lorazepam, que são benzodiazepínicos de meia vida mais curta e alta potência, exigindo doses mais frequentes que podem comprometer a adesão e a efetividade do tratamento, bem como pelo risco de produzir sintomas de abstinência mais severos e precoces, tornando sua indicação mais reticente pelo clínico geral, menos conhecedor da sua farmacologia^{4,5}. Kaplan et al refere que o clonazepam e o lorazepam têm mostrado melhor efetividade no tratamento da depressão e de fobias⁴.

O índice de encaminhamentos a especialistas encontrado no estudo foi de 7,1%, em sua totalidade para psiquiatras, o que permite concluir que a maioria das prescrições foram realizadas pelo clínico geral em nível de atenção primária¹. Conforme refere Gualleguillos²⁵, em estudo de inquérito populacional em consultórios de atenção primária do Chile, mostrando que para 74,5% dos usuários de benzodiazepínicos, a indicação foi realizada por um clínico geral, e apenas 12,8% por psiquiatras²⁵.

Para Tancredi², o predomínio das prescrições provenientes de clínicos gerais, conduz ao uso indiscriminado destes medicamentos devido à falta de preparo para lidar com problemas psicológicos e existenciais, cedendo ao impulso de prescrever os tranqüilizantes, muitas vezes subestimando a capacidade dos indivíduos em reagir às adversidades comuns aos processos vitais. Além da deteriorização da relação médico-paciente que ocorre nos sistemas de medicina de massa, reduzindo as oportunidades do paciente em expressar a origem da sua ansiedade e a disponibilidade do médico em buscar a solução adequada². Almeida et al¹, ainda coloca sua preocupação para com a formação oferecida pela maioria dos cursos médicos, onde os conhecimentos de psicofarmacologia ministrados no período da graduação não são suficientes para a tarefa de diagnosticar e tratar estes distúrbios¹. Porém, encaminhamento de todos os indivíduos com queixas de ansiedade/insônia ou que atravessam

momentos de estresse agudo (separação, desemprego, luto) seria inviável. Deve-se pensar em soluções para preparar o médico da atenção primária para atender essa população.

No entanto, essa perspectiva pessimista mostra indícios de mudança. A começar com a criação, pelo Ministério da Saúde em 1994, do Programa da Saúde da Família (PSF), como uma nova estratégia de desenvolvimento do SUS para responder aos vazios assistenciais na atenção primária, já que esta é a porta de entrada do sistema de saúde e o local integral dos cuidados à saúde do paciente ao longo do tempo, consolidando o SUS como opção assistencial da grande maioria da população. Essa estratégia tem a premissa básica de vigilância à saúde, não esquecendo a dependência desse setor em relação a todos os demais setores de atividades sociais e econômicas. Enfocando a multicausalidade dos agravos à saúde, sejam eles de ordem física, mental ou social, tanto individual como coletivo, tendo sempre em vista os indivíduos como sujeitos-cidadãos em seu meio ambiente e em seu contexto sócio-familiar, enfrentando o processo saúde-doença em sua real complexidade²⁶.

E para atender a essa nova política de saúde, espera-se direcionar a graduação médica, segundo as novas diretrizes do currículo de medicina⁴⁰, à formação de um médico generalista, conhecedor de todos os determinantes sociais, econômicos, biológicos, psicológicos e culturais, bem como uma atuação ativa no processo de educação continuada. Outro desafio proposto, é criar condições para que o médico já atuante em atenção primária permaneça atualizado, através da promoção de uma educação permanente baseada nas análises de demanda dos problemas de saúde³⁴. Afinal, com esse novo sistema de saúde, espera-se que o profissional médico esteja apto a dar resolutividade a 90% dos casos em nível de atenção primária³⁴.

Dessa forma, cria-se um cenário privilegiado para a implementação de transformações significativas das práticas e saberes na área de saúde mental, visto que estudos evidenciam que o aconselhamento breve por médicos gerais é tão efetivo quanto ao uso de tranquilizantes em transtornos emocionais leves²⁶.

O método empregado nesse estudo, permite apenas obter informações parciais a respeito do tempo de uso dos benzodiazepínicos. Mas, insistiu-se em investigar a presença de indícios de uso prolongado dos medicamentos, através de registros repetidos de prescrição no prontuário, uma vez que o tempo de uso continuado dos benzodiazepínicos associado à dose diária são fatores importantes para se instalar quadros de dependência, abuso e tolerância⁷.

A possível tendência ao uso prolongado do medicamento por mais da metade dos pacientes deste estudo, está em concordância com a literatura^{1,3,16,28}. Huf et al¹⁶ destaca a queixa de insônia como fator de risco para o uso prolongado de benzodiazepínicos, embora esteja bem estabelecida a associação desse padrão de uso com as queixas físicas de caráter crônico^{16,29}.

Embora até o momento, existam poucos estudos prospectivos da avaliação dos fatores associados ao uso prolongado de benzodiazepínicos, e estudos transversais apresentam limitações importantes nesse sentido, já que as informações são obtidas através do exame de prontuários ou prescrições e podem não corresponder às quantidades efetivamente ingeridas. Além disso, os estudos transversais não permitem a avaliação da seqüência temporal dos eventos, e a exploração das relações causais tem caráter preliminar. O ideal para a análise desta variável é a realização de estudos longitudinais que permitiriam aferir com maior acurácia o tempo de uso e explorar os fatores envolvidos¹⁶.

Segundo Auchewski¹³, o uso prolongado de benzodiazepínicos ou seu abuso causam sérias conseqüências ao organismo. Ocasiona o aumento da dose efetiva ao longo do tempo, dificuldade de interrupção do tratamento, e aparecimento de sintomas de abstinência, muitas vezes confundidos com o reaparecimento dos sintomas da ansiedade¹³. Tanto médicos quanto pacientes relatam que os benzodiazepínicos são os medicamentos mais difíceis de interromper, e as pesquisas indicam que metade dos pacientes que interrompem um tratamento com benzodiazepínicos reiniciam o uso após um ano¹⁶.

Como atitude preventiva, a cada vez que um benzodiazepínico é prescrito, dever-se-ia levar em consideração a probabilidade de uso crônico, e conhecer melhor as características dos subgrupos de risco (idosos, drogaditos, e portadores de dores crônicas), a fim de intervir de maneira mais eficaz^{29,41}.

Em recente relatório sobre o uso de substâncias psicoativas, a Organização Mundial de Saúde²⁴, considerou que o consumo dessas substâncias, independente do “status” legal, é potencialmente danoso à saúde, e afirma que o conhecimento dos fatores que influenciam o início e a continuação do uso é incompleto. O que preconiza a literatura é que o tratamento deve ser iniciado em baixa dosagem, e o paciente instruído do potencial de abuso do medicamento. A extensão aproximada da terapia deve ser decidida no início do tratamento, e a necessidade de continuar a terapia deve ser reavaliada periodicamente, em razão dos problemas associados com seu uso em longo prazo⁴.

Apesar da legislação, aplicada inicialmente em 1974, e reformulada pela DIMED (Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos do Ministério da Saúde) em 1984, quando se instituiu a Notificação de Receita, como uma tentativa de moralizar a prescrição e dispensação do fármaco, já em virtude da ocorrência de seu uso inapropriado e indiscriminado nesse período, como afirma Tancredi², observou-se que tal medida adotada não vem cumprindo tão eficazmente ao que se propôs².

Através deste estudo, pode-se verificar que a autoridade sanitária responsável, não inclui em seus sistemas de vigilância sanitária um setor responsável pela coleta sistemática de dados de volume de venda de medicamentos. Não dispondo de qualquer dado referente à quantidade de medicação dispensada à população, do número de receitas aviadas por cada médico ou instituição e do número de receitas fornecidas a cada paciente. Dessa forma, não é possível fazer qualquer estimativa da quantidade de benzodiazepínicos dispensada pelas farmácias, e conseqüentemente da prevalência de uso deste na população de Florianópolis. Afinal o atual sistema não consegue fiscalizar, nem mesmo as transgressões mais evidentes, como a possibilidade de um único paciente solicitar diversas receitas a vários médicos e adquirir quantos benzodiazepínicos desejar, sem qualquer restrição; assim como um médico pode fazer várias receitas para um mesmo paciente e utilizá-las de maneira ilícita.

A ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, consciente das falhas existentes nesse método de fiscalização, já possui um projeto que irá substituir toda a dispensação e escrituração dos medicamentos controlados. Segundo o projeto, os livros de registro de medicamentos controlados serão substituídos por escrituração eletrônica em um programa de computador fornecido pela própria ANVISA, que gerenciará tanto a entrada de notas (medicamentos) bem como o registro das receitas. E estas passarão a ser em modelo único, sendo a identificação do paciente feita pelo nome e pelo CPF ou N° do cartão do SUS, com validade nacional⁴². Com a adoção destas medidas, espera-se obter maior controle sobre a prescrição e dispensação destes medicamentos.

Pesquisas como esta, são importantes no Brasil, já que nosso meio mostra sinais de que está sujeito a sérias distorções dos padrões de utilização de medicamentos, as quais devem ser analisadas sob uma perspectiva científica². O descontrole observado pela ANVISA nos medicamentos controlados, faz-nos pensar na situação dos medicamentos não sujeitos a controle especial, frente a tantos perigos na prática médica, como salienta Béria²⁶: o exagerado número de apresentações comerciais de medicamentos e princípios ativos, a

intensa propaganda farmacêutica, o inadequado ensino de terapêutica nas escolas médicas, e os mecanismos incipientes de controle, produção, comercialização, publicidade, prescrição e consumo de medicamentos. É necessário informar sobre a magnitude do problema em nosso país, mas também fornecer subsídios para o planejamento e avaliação do impacto de medidas e campanhas que objetivem uma racionalização na prescrição dos benzodiazepínicos.

Assim, torna-se necessário mais que modificações na fiscalização e controle destes. Conforme Horta et al²⁸ sugere, são necessários programas de educação médica continuada que consigam conscientizar os profissionais de saúde, fazendo com que estes funcionem como vetores duma utilização mais racional dessas drogas, evitando a ocorrência de prescrições iatrogênicas e permitindo o uso de outras drogas mais eficazes, e principalmente, a realização de outras abordagens não farmacológicas, como intervenções psicossociais²⁸.

Paralelamente, sugerimos a realização de estudos através de inquéritos populacionais para identificação dos usuários de benzodiazepínicos, mas principalmente no que concerne ao acompanhamento desses pacientes ao longo do tempo, na identificação de todos os fatores envolvidos na prescrição e consumo desses medicamentos. Com o intuito de que as medidas preventivas, abrangentes a médicos, pacientes e locais de dispensação do fármaco, já existentes possam ser constantemente implementadas, e para que novas e medidas mais eficazes sejam implantadas.

6 CONCLUSÕES

A análise dos resultados do presente estudo, permitiu as seguintes conclusões:

1. No posto de saúde do Itacorubi em Florianópolis-SC, foram encontrados registros de prescrição de benzodiazepínicos nos prontuários de 4,3% dos pacientes incluídos no estudo. Houve predomínio do sexo feminino e da faixa etária entre 40-59 anos. A queixa mais comumente apresentada foi a de ansiedade, e em seguida a de insônia. O fármaco mais prescrito a essa população foi o diazepam. Apenas três pacientes foram encaminhados a especialistas, em sua totalidade para psiquiatras. Inferiu-se o uso prolongado de benzodiazepínicos para 54,7% dos pacientes.
2. Não foi possível avaliar, junto a Vigilância Sanitária, a quantidade de benzodiazepínicos dispensadas pelas farmácias de Florianópolis, no período do estudo. Tornou-se inviável estimar a prevalência de uso desses medicamentos no município.

7 REFERÊNCIAS

1. Almeida LM, Coutinho ESF, Pepe VL. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. *Cad Saúde Pública* 1994; 10 (1): 5-16.
2. Tancredi FB. Consumo de medicamentos benzodiazepínicos no Brasil – 1970 a 1985: análise comparativa de tendências [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1986. 247p.
3. WHO (World Health Organization) – Review Group. Use and abuse of benzodiazepines. *Bull World Health Org* 1983; 61: 551-562.
4. Kaplan HI, Sadock BJ, Greb JA. Compêndio de psiquiatria- Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. In: *Terapias biológicas*. 7ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.846-55.
5. Hardman JG, Limbird LE, Goodman A. Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 10th ed. New York: Mc Graw Hill; 2001.
6. Del Porto JÁ. Como diagnosticar e tratar ansiedade. *RBM* 2000; 57: 65-76.
7. Silva AB, Lopes EA. Como diagnosticar e tratar ansiedade. *RBM* 2001; 58-edição especial: 225-235.
8. Rodrigo EK, King MB, Willians P. Health of long term benzodiazepine users. *BMJ* 1988; 296:603-606.
9. Muniz M. Ópio da terceira idade. *Ciência Hoje* 1996; 16 (95): 62.
10. Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JC, Kuroiwa, et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the state of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24 (2): 68-73.
11. Nappo S, Carlini EA. Preliminary findings: consumption of benzodiazepines in Brazil during the year 1988 and 1989. *Drug Alcohol Depend* 1993; 33: 11-7.
12. Paprocki J. O emprego de ansiolíticos benzodiazepínicos pelo clínico geral e por especialistas não psiquiatras. *Rev ABP-APAL* 1990; 64 (5): 305-12.
13. Auchewski L, Andreatini R, Galduróz JCF, Lacerda RB. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 (1): 24-31.

14. Lader MH. Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? *Eur Neuropsychopharmacol* 1999; 9 (6): 399-405.
15. Heten LAB. Iatrogenia farmacológica em psiquiatria. *J Bras Psiq* 1994; 43 (1): 11-17.
16. Huf G, Lopes CS, Rozenfeld S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cad Saúde Pública* 2000; 16 (2) 351-62.
17. Sougey EB, Cunha MCV, Barreto JAVS, Acioli MD. Sugestões preventivas da dependência na prescrição de benzodiazepínicos. *J Bras Psiq* 1987; 36 (6): 325-28.
18. Herrera LS, Fabián EV, Alós IV, Freijoso E. Utilización de benzodiazepinas en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002; 3: 137-42.
19. Karniol IG, Botega NJ, Maciel RR, Moreira MEA, Capitani EM, Madureira PR, et al. Uso e abuso de benzodiazepínicos no Brasil. *Rev ABP-APAL* 1986; 8 (1): 30-35.
20. Simon GE, Vonkorff M, Barlow W. Predictors of chronic benzodiazepine use in a health maintenance organization sample. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 1067-1073.
21. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (6): 253-57.
22. Carlini ELA, Masur J, Formigoni MLOS. A influência de uma legislação mais restritiva na venda de medicamentos psicotrópicos. *Rev ABP-APAL* 1988; 10 (1): 12-15.
23. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1º de fevereiro de 1999.
24. OMS (Organização Mundial de Saúde) – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório sobre a saúde no mundo. Genebra: OMS; 2001.
25. Galleguillos TU, Risco LN, Garay JLS, Gonzáles MA, Vogel MM. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Rev Med Chile* 2003; 131: 535-40.
26. Béria JU. Prescrição de medicamentos. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 143-49.

27. Soares CN, Soares MBM, Asbahr FR, Bernik MA. Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos. *J Bras Psiq* 1991; 40 (4): 191-98.
28. Horta BL, De Lima MS, Faleiros JJ, Weiderpass E, Horta RL. Benzodiazepínicos: estudo de prescrição em um posto de atenção primária à saúde. *Rev Ass Méd Brasil* 1994; 40 (4): 262-4.
29. Wortmann AC, Grütner MC, Fialho AF, Jardim Neto JC, Schaefer LG, Sehn F, et al. Consumo de benzodiazepínicos em Porto Alegre. *Rev Ass Méd Brasil* 1994; 40 (4): 265-70.
30. Zandstra SM, Furer JW, Van de Lisdonk EH, Van't HM, Bor JH, Vanwell C, et al. Different study criteria affect the prevalence of benzodiazepine use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37 (3): 139-44.
31. Mari JJ, Almeida Filho N, Coutinho ESF. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. *Psychol Med* 1993; 23: 467-74.
32. Brasil. Conselho Federal de Medicina [online]. Acessado em 10 de junho de 2004. Disponível em <http://www.cfm.org.br>
33. Da Costa JSD, Roman VR, Luz RM, Manzolli PP, Correa P, Recuero LF. Auditoria médica: avaliação de alguns procedimentos no programa de atenção integral à saúde da mulher no posto de saúde da Vila Municipal, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (1).
34. Oliveira FA, Pellanda LC. A consulta ambulatorial. In: Duncan BB, Schimidt MI, Giuglians ERJ, et al. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 3ªed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 125-30.
35. Carlini EA, Mansur J. Venda de medicamentos sem receita médica nas farmácias da cidade de São Paulo. *Rev Ass Méd Brasil* 1986; 32 (5/6): 75-8.
36. Patel V, Araya R, De Lima M, Ludermir A, Todd C. Women poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine* 1999; 49: 1461-1471.
37. Aloé F, Silva AB. Benzodiazepínicos no tratamento das insônias. *RBM* 2002; 59 (5): 376-89.

38. Nelson J, Chouinard G. Guidelines for the clinical use of benzodiazepines: pharmacokinetics, dependency, rebound and withdrawal. *Can J Clin Pharmacol* 1999; 6 (12): 69-83.
39. Andreatini R, Boerngen-Lacerda R, Zorzetto Filho D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23 (4): 233-42.
40. Brasil. ME/CNE/CES, parecer nº 1.133/2001. Brasília; 2001.
41. WHO (World Health Organization). Women's mental health: an evidence-based review. *Bull World Health Org* 2000; 78 (4): 389-92.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [online]. Acessado em 29 de abril de 2004. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br>

8 NORMAS ADOTADAS

Adotou-se a normatização para os trabalhos de conclusão de curso de graduação em medicina, de acordo com a resolução nº001/2001, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade de Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis-SC, 2001.

ANEXOS

ANEXO I

Ansiolíticos e hipnóticos usados no Brasil e alguns de seus nomes comerciais

Benzodiazepínicos	Nome comercial
Alprazolam	Frontal [®]
Bromazepam	Lexotan [®]
Clobazam	Frisium [®]
Clonazepam	Rivotril [®]
Clorazepato	Tranxilene [®]
Clordiazepóxido	Psicosedin [®] / Tensil [®]
Cloxazolam	Olcadil [®]
Diazepam	Dienpax [®] / Valium [®]
Estazolam	Noctal [®]
Flunitrazepam	Rohypnol [®]
Flurazepam	Dalmadorm [®]
Lorazepam	Lorax [®]
Midazolam	Dormonid [®]
Nitrazepam	Nitrazepol [®]

Fonte: RBM- Revista Brasileira de Medicina, vol 57- dez/2000.

ANEXO II

título:

Resolução RDC nº 3, de 08 de janeiro de 2004

ementa não oficial:

Publica a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS n.º 344, de 12 de maio de 1998, republicada no Diário Oficial da União de 1º de fevereiro de 1999.

publicação:

D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 09 de janeiro de 2004

órgão emissor:

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

alcance do ato:

federal – Brasil

área de atuação:

Medicamentos

relacionamento(s):

altera:

- [Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998](#)

LISTA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS (B1)

(Sujeitas a Notificação de Receita B)

1. ALPRAZOLAM
2. BROMAZEPAM
3. CAMAZEPAM
4. CETAZOLAM
5. CLOBAZAM
6. CLONAZEPAM
7. CLORAZEPAM
8. CLORAZEPATO
9. CLORDIAZEPÓXIDO
10. CLOTIAZEPAM
11. CLOXAZOLAM
12. DELORAZEPAM
13. DIAZEPAM
14. ESTAZOLAM
15. FLUDIAZEPAM
16. FLUNITRAZEPAM
17. FLURAZEPAM
18. HALAZEPAM
19. HALOXAZOLAM
20. LOPRAZOLAM
21. LORAZEPAM

22. LORMETAZEPAM
23. MEDAZEPAM
24. MIDAZOLAM
25. NIMETAZEPAM
26. NITRAZEPAM
27. NORDAZEPAM
28. OXAZEPAM
29. OXAZOLAM
30. PINAZEPAM
31. PRAZEPAM
32. TEMAZEPAM
33. TETRAZEPAM
34. TRIAZOLAM