

PREVALÊNCIA NO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA POPULAÇÃO ASSISTIDA POR PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Lenir Terezinha Mattion²

Rozeli Rita Rodrigues³

Silvia Felipe De Lima⁴

Lígia Beatriz Bento Franz⁵

Leila Mariza Hildebrandt⁶

Resumo

O objetivo deste estudo foi descrever o uso de benzodiazepínicos (BZDs) em uma população com idade igual ou superior a 20 anos, de um município de pequeno porte, com total cobertura da atenção à saúde pelo Programa Saúde da Família. A população de estudo constituiu-se de 1548 indivíduos, com idade entre 20 e 92 anos, residentes no município de Ajuricaba/RS. Realizou-se um estudo transversal no período de junho a dezembro de 2003, com avaliação quantitativa, descritiva e exploratória. Os resultados desta pesquisa mostram uma prevalência de 10,9% de usuários de BZDs e 19,3% que já usaram em sua vida algum tipo de BZDs. Com relação ao perfil dos atuais usuários de BZDs, 71,1% são do sexo feminino, na faixa etária entre 50 e 59 anos; quanto ao tempo de uso, 58,6% utilizam BZDs a mais de dois anos, sendo o mais freqüente o diazepam; a prescrição deste psicofármaco, em sua maioria, foi realizada pelo médico clínico geral; as queixas clínicas mais referidas foram insônia e nervosismo, sendo que as mesmas persistem com o uso contínuo de BZDs. Esta pesquisa propõe refletir quanto à necessidade de uma visão crítica do papel que os BZDs ocupam hoje na nossa sociedade.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Prevalência. Programa Saúde da Família.

Prevalence of Benzodiazepine use in a Group of Population Assisted by the Family's Health Program

Abstract

The objective of this study was to describe the use of benzodiazepines (BZDs) in a group of people aged 20 or above, in a small sized town, with complete health aid provided by the Family's Health Program. The group of population was made of 1,548 individuals, aged between 20 and 92 years old and living in Ajuricaba/RS. A transversal study in the period from June to December 2003 with a quantitative, descriptive and exploratory evaluation was carried out. The results of this research show a prevalence of 10.9% of people using BZDs and 19.3% that have already used at least anyone of BZDs. Concerning the profile of today's users of BZDs, 71.1% are women aged from 50 to 59 years old. In relation to the amount of time of use, 58.6% have used BZDs for more than two years; being diazepam the most used one. The prescription of this psycho-tropic drug was mostly made by a general practitioner and not by a specialist; the clinic complaints most referred to were insomnia and nervousness, and these persisted even with the uninterrupted use of BZDs. This research proposes a reflection on the necessity of a critical view of the role that the BZDs have nowadays in our society.

Keywords: Benzodiazepines. Prevalence. Family's Health Program.

¹Artigo elaborado a partir do Trabalho Monográfico de Conclusão do Curso de Pós Graduação *Lato sensu* em Saúde da Família do Ministério da Saúde/Projeto Reforsus-BID, em cooperação com a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí).

²Enfermeira, especialista em Saúde da Família, atuando no Hospital da Unimed-Ijuí/RS.

³Enfermeira, especialista em Saúde Pública, especialista em Saúde da Família, atuando na 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, docente colaboradora do Departamento de Ciências da Saúde da Unijuí.

⁴Enfermeira, especialista em Saúde da Família, atuando na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Ramada/RS.

⁵Nutricionista, doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Unijuí, orientadora da Monografia. ligiafra@unijui.tche.br.

⁶Enfermeira, mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Docente do Departamento de Ciências da Saúde, co-orientadora da Monografia. leilah@unijui.tche.br.

Introdução

A saúde e a doença no Brasil vêm se constituindo, a cada dia que passa, objeto de intensa exploração mercantil; nesse contexto, os medicamentos desempenham papel bastante relevante. Cordeiro (1980) indica, em grandes linhas, o quadro geral necessário para que se compreenda a função simbólica dos medicamentos quando afirma que

(...) os medicamentos ocupam o lugar simbólico e representações que obscurecem os determinantes sociais das doenças, iludem os indivíduos com aparência e eficácia e, como mercadoria, realizam o valor e garantem a acumulação de um dos segmentos mais lucrativos de capital industrial.

Carlini (1995) e Lopes (1996) apontavam que, no decorrer da história da humanidade, desde os tempos mais antigos, algumas sociedades utilizavam algum tipo de droga. O ópio, por exemplo, originário da papoula, era utilizado na época do homem das Palafitas, por causar relaxamento, acalmar a dor e diminuir a ansiedade. No entanto, Carlini (1995) diz que “(...) o filósofo Epíteto que viveu no primeiro século depois de Cristo dizia: A ansiedade é uma vivência ou experiência universal. Ela não é um medo da dor ou medo da morte, mas um medo do medo”.

Cotidianamente, existe uma procura crescente e incansável de usuários que procuram o serviço de saúde, tendo como objetivo a busca de um medicamento que possa lhes aliviar a sua ansiedade. Tais medicamentos conhecidos como benzodiazepínicos (BZDs) foram descobertos há 40 anos, no início dos anos 60, quando se tornaram os mais utilizados entre os medicamentos com propriedades mais sedativas, sendo consumidos por todas as camadas sociais do Brasil (Carlini, 1995).

Os BZDs são utilizados nas mais variadas formas de ansiedade e, infelizmente, sua indicação não tem obedecido desejavelmente a determinadas regras, pois segundo Versiane (2002), membro da Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica, “os BZDs são apenas ansiolíticos e nada mais do que isso. Não são antineuróticos, antipsicóticos ou antiinsônia, como podem estar pensando muitos clínicos e pacientes”.

Atualmente, as drogas psicotrópicas estão entre as mais prescritas, comercializadas e utilizadas no mundo. Para Kaplan et al (2003), cerca de 15% de toda a população norte-americana já recebeu pelo menos uma prescrição de BZDs.

Segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid, 2003), há hoje mais de 100 remédios a base de BZDs, sendo estes nomes compostos, na maioria das vezes, pelo sufixo PAM ou LAM, como diazepam, bromazepam, clorazepam, flurazepam, lorazepam, nitrazepam, midazolam, alprazolam, etc.

Os medicamentos a base de BZDs estão entre os mais prescritos para idosos e para mulheres com insônia ou queixas crônicas, do que para homens adultos (Consensus Conference, 1984; Apa, 1990). Corroborando com as discussões, Ashton (1991) afirma que “as mulheres usam BZDs em uma proporção duas vezes maior do que para homens”. Ainda há, por parte das equipes de saúde, um estímulo ao uso indiscriminado destes fármacos para todos os tipos de ansiedade, até mesmo aquelas causadas pela tensão do dia-a-dia. Muitas vezes, os BZDs são usados desnecessariamente ou em caso de sintomas gerais e não como tratamento específico.

O uso de BZDs na população, especialmente entre pessoas com idade acima de 65 anos, é um fator de preocupação, devido a possível ocorrência de reações adversas e quadros de dependência.

Estudos realizados pela Associação Brasileira de Psiquiatria Biológica mostram que os BZDs são as drogas psicotrópicas prescritas para idosos de forma mais freqüente. Seu uso tem provocado maior sedação, alteração psicomotora, com risco aumentado de quedas ao solo e fraturas, acidentes automobilísticos e dificuldade cognitiva e até mesmo ao aumento da mortalidade. Segundo Stuck et al (1990), citados por Rozenfeld (2003), ao se reportar a BZDs, colocam que “cerca de 90% dos idosos consomem pelo menos um medicamento e um terço deles cinco ou mais simultaneamente.” Em uma pesquisa realizada por Huf et al (2000), com mulheres de um centro de convivência para idosos, foram feitas 634 entrevistas, destas 135 mulheres (21,29%) eram usuárias de BZDs e 90 mulheres (14,91%) usavam

BZDs associados a bebidas alcoólicas. Em estudos feitos em uma comunidade no município de Veranópolis/RS, acerca do uso contínuo de BZDs entre idosos residentes nesta comunidade encontrou-se uma prevalência de 13,6% (Xavier et al, 2000).

Os BZDs são drogas psicotrópicas muito utilizadas na prática médica, sendo indicadas para tratar a insônia e ansiedade e, dependendo da dose, podem ser usadas como ansiolíticas (dose baixa), sedativas (dose média) e hipnóticas (dose alta). Também podem ser usadas como adjuvante em anestesia, síndrome de abstinência e, em especial, como anticonvulsivante. Estas drogas podem ser de ação curta, intermediária e longa (Carlini, 1995).

Os efeitos causados pelo uso de BZDs são sedação, indução do sono, diminuição da ansiedade, anestesia com perda da consciência, amnésia e relaxamento muscular e redução de reflexos. O processo de retirada deve ser de forma gradual. Uma interrupção brusca do uso destes medicamentos tende a um retorno dos sintomas originais e a aquisição de alguns não manifestados previamente. Uma das reações possíveis com a interrupção imediata do BZD pode ser a síndrome de abstinência caracterizada por ansiedade, irritabilidade, insônia, tremores, sudorese, anorexia, náusea, diarreia, desconforto abdominal, letargia, fadiga, taquicardia, hipertensão, delírio e convulsões (Brasil, 2003).

Desta forma, esta pesquisa teve como objetivo avaliar o padrão de utilização de BZDs numa população, fornecendo informações sobre a magnitude do problema, como também, subsídios para o planejamento e avaliação do impacto de medidas que objetivem uma racionalização na prescrição dos BZDs.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo transversal realizado durante o período de junho a dezembro de 2003, de natureza quantitativa, descritiva e exploratória.

Foi realizado no município de Ajuricaba, este localizado na Região Noroeste do Rio Grande do Sul, com uma área territorial de 315 km² e uma densida-

de populacional de 24,09 hab/Km². A população total do município é de 7.589 habitantes, conforme dados do IBGE (2003); na área urbana ocorre a concentração de 48,76% da sua população e, no meio rural, 51,24%. A população residente no município, na faixa etária de 20 anos ou mais, representa 5.063 habitantes, ou seja, 66,73% da população total. Apresenta uma taxa de alfabetização de 91,5% da população residente na faixa de cinco anos a mais (SIAB, 2003). A maior fonte de renda do município é o setor primário. O seu perfil econômico, conforme a receita do ano de 2002 divide-se em agricultura (68,86%), comércio (17,63%), serviços (10,39%) e indústria (3,12%), segundo dados do Setor de Tributação da Prefeitura Municipal de Ajuricaba (Ajuricaba, 2003/2005).

Na área da saúde, o município de Ajuricaba/RS está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica, segundo a NOB 01/96 (Brasil, 1996) e encaminhando a habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, segundo a NOAS 01/02 (Brasil, 2002). A organização da Atenção Básica propõe o planejamento de um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, o tratamento e a reabilitação. Está fundamentada na Lei 8080/90, nos princípios de universalização, gratuidade, integralidade da atenção, equidade, resolutividade, intersectorialidade, humanização do atendimento e participação da comunidade.

A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ajuricaba desenvolve ações da Atenção Básica com ênfase no Controle das Doenças Transmissíveis como a Tuberculose, a Hanseníase, as DSTs e AIDS, as doenças infecto-contagiosas em geral; doenças crônico-degenerativas como a Hipertensão e Diabete Mellitus; doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente; Saúde da Criança; Saúde da Mulher e Ações de Saúde Bucal. Assumem também o compromisso de desenvolver ações integrais em saúde ao indivíduo, à família e à comunidade estabelecidas por programas federal, estadual e municipal. Executa os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos de vida (Ajuricaba, 2003/2005).

A rede assistencial é constituída por Centro Municipal de Saúde, que comporta duas equipes de Saúde da Família, localizado na zona urbana, junto à Secretaria Municipal de Saúde, Trabalho, Assistência Social e Meio Ambiente, quatro Centros de Atendimento Rural à Saúde localizado em aglomerados populacionais no meio rural, um Hospital Geral filantrópico com capacidade de 32 leitos, conveniado ao Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, para atendimento de urgência e emergência e internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e um Laboratório de Análises Clínicas, conveniado para atendimento aos usuários do SUS.

Os serviços especializados de média e alta complexidade estão ligados a Rede Básica de Saúde formando o Sistema de Referência e Contra-Referência, pactuado pela Programação Pactuada Integrada – PPI e Regionalização dos Serviços de Média e Alta Complexidade (Ajuricaba, 2003/2005).

Com o objetivo de reorganizar a prática da Atenção à Saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional da Assistência à Doença e o modelo hospitalocêntrico é que foi implantado no Município, a partir de setembro de 2002, o Programa Saúde da Família – PSF. O Programa conta com a atuação de duas equipes de Saúde da Família e uma equipe de Saúde Bucal, com cobertura de 100% da população. Cada equipe Saúde da Família é composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e de sete a oito Agentes Comunitários de Saúde – ACS, com dedicação exclusiva ao Programa e atuando 40 horas semanais. A Equipe de Saúde Bucal é composta por um cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário, assistindo a população das duas equipes de PSF.

O Município foi dividido em duas áreas delimitadas para a atuação de cada equipe, com base nas realidades geográficas, econômicas, sócio-políticas, dificuldade de acesso e riscos de adoecer/morrer. As equipes de Saúde da Família trabalham com uma população adscrita, com um número fixo de famílias. A Equipe de PSF 1 tem cadastrado 1.060 famílias, totalizando 3.364 habitantes, sendo 2.342 pessoas maiores de 20 anos. A Equipe de PSF 2 tem

cadastrado 1.265 famílias, totalizando 3.903 habitantes, sendo 2.721 pessoas maiores de 20 anos (Siab, 2003).

Este estudo é constituído por uma amostra de indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, residentes no Município de Ajuricaba/RS, que possui uma cobertura de 100% de sua atenção à saúde pelo Programa Saúde da Família. O cálculo de amostra foi feito de forma aleatória estratificada proporcional, sendo representativa de cada micro-área das duas equipes de PSF. Os dados foram analisados de forma descritiva por distribuição de frequências, com auxílio do *software* Epi Info versão 6. O projeto da referida pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, tontura 8,8% (12) e cefaléia 5,6% (8). O restante 42,0%

Resultados e Discussão

Este estudo foi desenvolvido em um município de pequeno porte em que a amostra da população estudada representa 1548 indivíduos com idade igual ou maior que 20 anos. Destes, 51,7% residem na zona rural. O maior número de entrevistados se encontra na faixa etária de 30 a 49 anos, representando 45,4% dos indivíduos. Do total da população estudada, observa-se que o número de indivíduos do sexo feminino foi maior do que os do sexo masculino. Com relação ao estado civil, constatou-se um maior número de pessoas casadas. Quanto à escolaridade, verificou-se que a maioria dos entrevistados possui o 1º grau incompleto.

A renda familiar da população estudada concentra-se na faixa de um a três salários mínimos. A maioria são trabalhadores rurais, seguidos de aposentados e profissão do lar.

Entre a população estudada, observa-se que 10,9% dos indivíduos são usuários de BZDs e 19,3% já usou algum dia em sua vida algum tipo deste fármaco. Pôde-se constatar que, dos atuais usuários de BZDs, 75,1% são do sexo feminino e 24,9% são do sexo masculino.

Em consonância com os dados encontrados, Conte (2001) afirma "... no que tange ao uso indevido de drogas, que a população feminina destaca-se no consumo excessivo de algumas delas entre as quais encontram-se os BZDs."

Em um estudo de base populacional realizado em São Paulo, Mari et al (1993), encontraram prevalência do uso de psicotrópicos de 10,2%, com as maiores taxas de consumo entre as mulheres. Considerando esse estudo, pode-se ressaltar ainda que as mulheres desempenham uma dupla jornada de trabalho, pois além de cumprir o trabalho formal, realizam atividades adicionais com os afazeres domésticos, o cuidado com a família, com os filhos, etc.

Quanto à idade, verifica-se que 25,5% da população usuária de BZDs deste estudo encontra-se na faixa etária de 50 a 59 anos. Segundo um estudo sobre prescrição de BZDs em um posto de atenção primária de saúde, constatou-se que, na faixa etária de 45 a 64 anos, os BZDs ocuparam o terceiro lugar entre as drogas mais prescritas para os homens e o 4º lugar para as mulheres (Horta et al, 1994).

Entre os usuários de BZDs encontrados neste estudo, 27,7% está na faixa etária acima de 60 anos de idade, população considerada idosa. Um estudo realizado no município de Veranópolis/RS aponta que o uso de BZDs de forma contínua entre os idosos é um hábito freqüente nesta população. Entre os idosos estudados, o uso de BZDs não trazia um impacto demonstrável sobre a função cognitiva, porém associava-se a uma pior qualidade do sono (Horta et al, 1994).

Reforçando os dados encontrados no presente estudo, Thompson; Smith (1995) estimaram que 26,6% das mulheres idosas de uma província canadense receberam uma prescrição de BZD durante o ano de 1990. Reforçando as discussões, Magrini et al (1996), estimaram que 24,7% das mulheres idosas na Itália fizeram uso de BZD na semana anterior à entrevista.

Bernik (1999) cita que "os BZDs são amplamente usados por pessoas de todas as faixas etárias, embora o seu uso aumente substancialmente entre os

idosos sendo usado tanto por homens como por mulheres, embora sejam indicadas com quase o dobro da freqüência para pacientes do sexo feminino".

O uso dos BZDs, de forma contínua ao longo dos meses, não tem indicações farmacológicas, provocando inclusive quadros de dependência e tolerância, apesar disto esta pesquisa mostra que 58,6% dos usuários fazem uso deste medicamento há mais de dois anos.

Atualmente, sabe-se que os BZDs não devem ser prescritos por um período maior do que algumas semanas, sendo seu uso crônico raramente justificado, além de provocar dependência e tolerância (Horta et al, 1994).

Em relação ao tipo de BZD já utilizado pela população estudada, constatou-se que o diazepam é o mais consumido, seguido de bromazepam e alprazolam. Também é importante ressaltar que 5,35% dos consumidores já fizeram uso de dois tipos de BZDs, tendo como um dos componentes desta associação o diazepam.

Segundo Bernik (1999), "o diazepam se tornou em pouco tempo o BZD mais vendido dentro da classe dos sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, chegando a liderar o *ranking* das medicações mais prescritas dos Estados Unidos entre 1972 a 1978."

Atualmente, existe grande preocupação com o consumo de medicamentos psicoativos, dentre eles os BZDs. O diazepam como representante desse grupo se tornou, na década de 80, um dos cinco primeiros medicamentos de uso generalizado no vasto e duradouro mercado que está aberto aos fabricantes de fármacos ansiolíticos (De Lucia, 1986/1988).

Percebe-se nesta pesquisa que a primeira prescrição de BZD, mesmo naqueles usuários que consomem por mais de dois anos, até as prescrições atuais, em sua maioria foi realizada pelo médico clínico geral. É de suma importância levar em conta que os médicos prescrevem os BZDs, por vezes, de forma desordenada, pois esses fármacos possuem uma larga margem de segurança.

Bernick (1999) comenta que

(...) a repercussão dos BZDs é atribuída a algumas de suas vantagens em relação aos barbitúricos. Apresentam segurança na administração, pois a

dose letal está bem distante da dose terapêutica, usada no contexto clínico diário. São drogas que apresentam menos efeitos colaterais... aumentando assim o índice de adesão ao tratamento nos casos em que a indicação terapêutica reside no espectro de transtornos ansiosos.

Algumas especificidades dos médicos prescritores podem ser relevantes. É possível supor, pelas vivências cotidianas, que os médicos que mais prescrevem tais medicamentos são também aqueles que tendem a prolongar o período de uso.

Tanto médicos quanto pacientes relatam que os BZDs são os medicamentos mais difíceis de interromper o seu uso (Tamblyn, 1996). Algumas pesquisas indicam que 50% dos pacientes que interromperam um tratamento com BZD reiniciaram o uso após um ano (Golombock et al, 1988).

O número de problemas de saúde, como queixas clínicas atuais, são um indicador do estado de saúde do indivíduo. No estudo ora apresentado, observou-se que, mesmo havendo uma incidência maior de uso prolongado de BZDs, a queixa de insônia aparece com destaque como fator de risco para uso prolongado deste medicamento. Aparece também associada com outras queixas como tontura, cefaléia, ansiedade, entre outras. É possível e plausível que a cefaléia, antes de representar um sintoma para o qual os BZDs possam ser indicados, seja expressão de um efeito colateral do medicamento.

Os pacientes que fazem uso de BZDs por períodos mais prolongados utilizam-se de várias estratégias para conseguir a receita médica, entre elas pode-se citar as diversas queixas somáticas, envolvendo sintomas vagos e de origem indefinida; supervalorização dos sintomas que parecem indicar a necessidade de aumentar a dose; insistência do paciente quanto a prescrição do medicamento controlado na primeira consulta; ameaças veladas; bajulações e elogios seguidos da solicitação da receita médica. Comumente os pacientes pressionam o médico para a liberação da receita, tornando tensa a relação médico-paciente, insistindo para a prescrição do medicamento, mesmo sem indicação clínica clara.

Neste estudo, as questões relacionadas com os problemas do cotidiano ficam evidentes nos relatos dos usuários de BZDs quando indicam as causas do

início de uso relacionadas, em sua maioria, com doenças próprias, problemas financeiros, morte de familiar, problemas vinculados ao campo profissional e doenças de pessoas da família.

Brasil; Spitz (2003) colocam que os sintomas-alvo para a prescrição de BZDs são a ansiedade (inclusive a associada a enfermidades orgânicas, cardiovasculares, gastrintestinais, dermatológicas), a insônia, a agitação e a angústia. Isto não significa dizer que os BZDs devam ser prescritos automaticamente face à existência de qualquer um destes sintomas nos pacientes.

O uso contínuo de BZDs não resolve a maioria dos problemas relatados pelos usuários. O tempo de duração destinado à consulta médica pode ser um determinante para tal prescrição, na tentativa de não ouvir o paciente. Se as pessoas estão vivenciando algum tipo de dificuldade, nada disso será resolvido com uso de BZD. O uso pode agravar a situação, criando a falsa percepção de que as coisas parecem melhor, ou aparecimento da dependência química, geralmente de difícil tratamento.

Percebe-se que as pessoas que utilizam BZDs sabem que estes medicamentos podem causar dependência e provocam efeitos colaterais, porém não demonstram atitudes ou desejo de parar ou reduzir o consumo. Também se percebe uma preocupação por parte dos trabalhadores de saúde e gestores quanto ao alto índice de consumo destes medicamentos e a necessidade de desenvolver ações de atenção à saúde para modificar esta realidade.

Conclusões

Este trabalho de pesquisa teve como propósito estimar a prevalência do consumo de BZDs em uma população com idade igual ou maior do que 20 anos, no município de Ajuricaba. Ao finalizar esse estudo, é possível chegar a algumas conclusões em relação ao assunto estudado, quais sejam:

- Encontra-se entre a população estudada uma prevalência de uso de BZDs em algum momento da vida, de 19,3% e, com relação ao consumo atual de BZDs, a prevalência foi de 10,9%.

- Para uma racionalização na prescrição de BZDs, torna-se necessário mais do que modificações legais, ou seja, é necessária a adoção de uma política de medicamentos envolvendo desde a produção, a prescrição e o uso, promovendo o uso mais racional.
- Tornam-se necessários programas de educação continuada para profissionais da saúde, principalmente a área médica, levando a utilização mais racional dessas drogas, evitando a ocorrência de prescrições iatrogênicas e permitindo o uso de outras drogas mais eficazes e a realização de outras abordagens não farmacológicas, como intervenções psicossociais.
- É necessário conhecer as causas que levam as pessoas a usar BZDs, com a finalidade de realizar intervenções adequadas, podendo se propor uma abordagem de atenção integral ao indivíduo e família, por meio da elaboração de um plano terapêutico multiprofissional que estimule o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida.
- Que o serviço público de saúde estimule a estruturação de redes sociais buscando reforçar os vínculos sócio-culturais e familiares.
- Reestruturar o modelo de saúde vigente que ainda é centrado no modelo médico hospitalocêntrico, conhecendo os fatores determinantes de adoecimento.
- Focalizar as ações de promoção e proteção à saúde, propostas pelo Programa Saúde da Família, buscando trabalhar a integralidade da atenção à saúde, junto às famílias.
- Estudos desse tipo são necessários para identificar quais as drogas que estão sendo mais prescritas, como também se a sua taxa de prescrição supera o esperado, para traçar o padrão de uso na população.
- Espera-se, também, que esse trabalho de pesquisa auxilie e sirva de incentivo aos profissionais da saúde para a realização de outros estudos nessa área.

Referências

- AJURICABA. *Plano Municipal de Saúde*, 2003/2005.
- APA (American Psychiatric Association). *Benzodiazepine: dependence, toxicity and abuse*. A Task Force Report of the American Psychiatric Association. Washington. (D.C): APA, 1990.
- ASHTON, H. Psychotropic-drug prescribing for women. *British Journal of Psychiatry*. v. 158, p 30-35, 1991.
- BERNIK, M. A. (Coord.). *Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência*. São Paulo: EDUSP, 1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional Básica do SUS 01/96*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS 01/02*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. A. B.; SPITZ, L. O uso de benzodiazepínicos na prática clínica. *Revista da Residência Médica*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. Disponível em: <http://www.medstudents.com.Br/residência_medica/index.htm>. Acesso em: 9 mar. 2003.
- CARLINI, E. L. de A. *Medicamentos, drogas e saúde*. São Paulo: Hucitec; Sobravime, 1995.
- CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Ansiolíticos ou tranqüilizantes. Unifesp/EPM. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/cebrid.htm>. Acesso em: 9 mar. 2003.
- CONSENSUS CONFERENCE. Drugs and insomnia: the use of medications to promote sleep. *Journal of American Medical Association*, 251, v. 2410-2412, 1984.
- CONTE, M. Construindo uma política voltada à abordagem do uso indevido de drogas. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 23, p. 106-119, dez. 2001.
- CORDEIRO, H. A. *A Indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; Cebes, 1980.
- DELUCIA, R. Consumo de ansiolíticos e antidiuréticos. *FARMÁCIA E QUÍMICA*, 1986-1988, São Paulo. *Anais...* São Paulo, v. 26/28, p. 1-7, 1986-1988.

- GOLOMBOCK, S.; MODLEY, P.; LADER, M. Cognitive impairment in long term benzodiazepine users. *Psychological Medicine*, v. 18, p. 365-374, 1988.
- HORTA, B. L.; DE LIMA, M. S.; FALEIROS, J. J. et al. Benzodiazepínicos: estudo de prescrição em um posto de atenção primária de saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 40, n. 4, p. 262-264, 1994.
- HUF, G.; LOPES, C. de S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *CADERNOS de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 351-362, 2000.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censos e estimativas*, 2003.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- LOPES, C. *Cara a cara com as drogas*. Porto Alegre: Sulina, 1996.
- MAGRINI, N.; VACCHERI, A.; PARMA, E. Use of benzodiazepines in the Italian general population: prevalence, pattern of use and risk factors for use. *European Journal of Clinical Pharmacology*, v. 50, p. 19-25, 1996.
- MARI, J. J.; ALMEIDA, Filho N.; COUTINHO E. et al. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. *Psychological Medicine*, v. 23, p. 467-74, 1993.
- ROZENFELD, S. 2003. O uso inadequado de medicamentos entre idosos. Com Ciência – Velhice, 2002. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagem/envelhecimento/texto>>. Acesso em: 12 maio 2003.
- SIAB. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. PROCERGS; Jun 2003.
- TAMBLYN, R. M., Medication use in seniors: challenges and solutions. *Thérapie*, v. 51, p. 269-282, 1996.
- THOMPSON, M.; SMITH, W. A. Prescribing benzodiazepines for noninstitutionalized elderly. *Canadian Family Physician*, v. 41, p. 792-798, 1995.
- XAVIER, F. M. F.; FERAZ, M. P. T.; TRENTINI, C. M.; ARGIMON, I.; MORIGUCH, E. H.; BERTOLLUCCI, P. H.; POYARES, D. Uso de benzodiazepínicos entre residentes na comunidade: prevalência, impacto sobre a função cognitiva e sobre o sono. *Psiquiatria Biológica*, v. 8, n. 4, p. 131-136, 2000.
- VERSIANE, M. *Ansiolíticos*. 2002. Disponível em: <<http://www.psiqweb.htm>>. Acesso em: 12 de maio de 2003.