

**USO DE BENZODIAZEPÍNICOS E SUAS IMPLICAÇÕES: REVISÃO INTEGRATIVA****USE OF BENZODIAZEPINES AND THEIR IMPLICATIONS: AN INTEGRATIVE REVIEW****USO DE BENZODIAZEPINAS Y SUS IMPLICACIONES: UNA REVISIÓN INTEGRADORA***Thyago Costa Wanderley¹, Silvana Cristina Santos²***RESUMO**

Objetivo: analisar a produção científica sobre o uso de benzodiazepínicos. **Método:** revisão integrativa, com vistas a responder a questão norteadora << Quais as generalizações que podemos fazer acerca dos estudos sobre uso de benzodiazepínicos? >>, com levantamento de dados nas bases LILACS e MEDLINE, no período de 2008 a 2012, utilizando os descritores: benzodiazepinas, psicofármacos e farmacoepidemiologia. Para a análise dos artigos buscou-se os núcleos de sentido que compõem o *corpus* de 51 artigos selecionados. **Resultados:** na população, a prevalência do uso de benzodiazepínicos em diferentes populações variou de 6,9% e 14% na população geral e, entre idosos, varia de 9,2% a 13,8%. Esses valores variam segundo o método de obtenção de dados, sendo em média de 12% para fonte primária (envolvendo de 27 a 749 indivíduos) e 9,1% para estudos com fonte secundária (de 1.192 a 30.000 participantes). **Conclusão:** os estudos descrevem a prevalência e perfil dos usuários de benzodiazepínicos, mas não exploram as práticas e motivações para sua utilização. Isto dificulta o estabelecimento de generalizações que possam servir ao planejamento de ações de prevenção e uso racional desses medicamentos. **Descritores:** Benzodiazepínicos; Psicofármacos; Farmacoepidemiologia.

ABSTRACT

Objective: analyzing the scientific literature about the use of benzodiazepines. **Method:** an integrative review, in order to answering the question << What are the generalizations that we can do about the studies on the use of benzodiazepines? >>, with data collection in the LILACS and MEDLINE databases, from 2008 to 2012, using the descriptors: benzodiazepines, psychoactive drugs and pharmacoepidemiology. To analyzing the articles sought to the units of meaning that make up the corpus of 51 selected articles. **Results:** in the population, the prevalence of benzodiazepine use in different populations ranged from 6,9% to 14% in the general population, and among elderly varies from 9,2% to 13,8%. These values vary according to the method of obtaining data, averaging 12% for primary source (involving 27-749 individuals) and 9,1% for studies with secondary source (1.192-30.000 participants). **Conclusion:** the studies describe the prevalence and profile of users of benzodiazepines, but do not explore the practices and motivations for their use. This makes difficult the establishment of generalizations that may serve to planning of prevention action and the rational use of these medicines. **Descriptors:** Benzodiazepines; Psychoactive Drugs; Pharmacoepidemiology.

RESUMEN

Objetivo: analizar la literatura científica acerca del uso de las benzodiazepinas. **Método:** una revisión integradora, con el fin de responder a la pregunta << ¿Cuáles son las generalizaciones que podemos hacer acerca de los estudios del uso de benzodiazepinas? >>, con la recogida de datos en las bases de datos LILACS y MEDLINE, de 2008 a 2012, utilizando los descriptores: benzodiazepinas, drogas psicoactivas y farmacoepidemiología. Para el análisis de los artículos buscó a las unidades de significado que constituyen el corpus de 51 artículos seleccionados. **Resultados:** en la población, la prevalencia del consumo de benzodiazepinas en diferentes poblaciones varió de 6,9% a 14% en la población general, y entre los ancianos varió de 9,2% a 13,8%. Estos valores varían de acuerdo con el método de obtención de datos, con un promedio de 12% para la fuente primaria (que implica 27 a 749 individuos) y 9,1% para los estudios con fuente secundaria (1.192-30.000 participantes). **Conclusión:** los estudios describen la prevalencia y el perfil de los usuarios de las benzodiazepinas, pero no exploran las prácticas y motivaciones para su uso. Esto dificulta el establecimiento de generalizaciones que pueden servir la planificación de la prevención y el uso racional de estos medicamentos. **Descriptores:** Benzodiazepinas; Psicofármacos; Farmacoepidemiología.

¹Enfermeiro, Especialista em Saúde Mental, Mestre, Egresso, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Campina Grande (PB), Brasil. Email: thyago_wander@yahoo.com.br; ²Bióloga, Professora Pós-doutora, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Campina Grande (PB), Brasil. Email: silvanaip@gmail.com

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios para a próxima década no âmbito das políticas públicas de saúde diz respeito ao consumo inadequado e indiscriminado de medicamentos.¹ Entre os medicamentos que necessitam de determinados cuidados durante sua utilização estão os benzodiazepínicos que, de acordo com a Portaria 344/98² da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), são drogas psicotrópicas sujeitas a controle especial. Sobre a utilização desses medicamentos, um estudo populacional realizado na Austrália mostrou que entre os anos 2000 e 2006 a utilização de benzodiazepínicos aumentou 22% naquela população.³ No Brasil, no primeiro levantamento domiciliar nacional realizado em 2001, 3,3% dos entrevistados afirmaram uso de benzodiazepínicos e, em 2006, outro levantamento mostrou o uso desses medicamentos por 5,6% dos entrevistados.⁴ Esses dados evidenciam o aumento da utilização dos medicamentos dessa classe e reforçam a importância de compreendermos os fatores associados à mudança dessas prevalências.

Os benzodiazepínicos têm propriedades sedativas e são utilizados como hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, miorrelaxantes e para o tratamento de desintoxicação alcoólica.⁵ O uso dessa classe de medicamentos por um período maior do que quatro a seis semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência.⁶ Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, a dependência é conceituada como o “estado psíquico e, às vezes, físico, causado pela ação recíproca entre um organismo vivo e um fármaco, que se caracteriza por modificações do comportamento e por outras reações que compreendem sempre um impulso irreprimível de tomar o fármaco de forma contínua ou periódica, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e, em certos casos, evitar o mal-estar produzido pela sua privação”.⁷ Sua causa é explicada por fatores que incluem variáveis relacionadas ao fármaco (maiores dosagens, uso prolongado, tempo de meia vida curto, parada brusca da utilização) e relacionadas ao paciente (comorbidade entre depressão e ansiedade, neurose, antecedentes de ataques de pânico e abuso de álcool ou outras substâncias).⁵

A OMS estimou que mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais da metade dos pacientes os utilizam de forma incorreta.⁸ No Brasil, onde o crescimento da população de

idosos ocorre a um nível sem precedentes, a utilização de medicamentos por eles deve ser alvo de política específica devido as alterações próprias do envelhecimento.⁹ O padrão inadequado do consumo de medicamentos associado às doenças e alterações próprias do envelhecimento, desencadeia constantemente efeitos colaterais e interações medicamentosas com graves consequências constituindo um sério problema. A utilização dos critérios de Beers-Fick¹⁰ para identificação de prescrições potencialmente inadequadas (PPI) em idosos, permitiu constatar que os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais prescritos e o uso atinge de 7% a 37,6% dessa população.¹¹

Faz-se necessário, portanto, compreender o fenômeno do uso de benzodiazepínicos pelas populações, pois o uso crônico e/ou indiscriminado desses medicamentos pode levar ao aparecimento de iatrogenias e provocar sérios danos à saúde e, muitas vezes, a utilização é feita pela população sem que conheçam os seus potenciais riscos.

OBJETIVO

- Analisar as publicações a fim de esclarecer como os estudos tem abordado o tema da utilização de benzodiazepínicos.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da dissertação << *O uso de benzodiazepínicos em populações paraibanas: a influência das relações de parentesco* >> apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Campina Grande-PB, Brasil. 2014.

Foi utilizado um dos recursos da prática baseada em evidências¹²⁻³, a revisão integrativa, considerada um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de determinado fenômeno.⁴ A revisão foi conduzida utilizando-se seis etapas básicas: a primeira etapa foi a definição da questão norteadora da pesquisa, na segunda etapa foram delimitados os critérios de inclusão e exclusão, na terceira etapa foram eleitas as bases de dados e realizada a busca das produções científicas, na quarta etapa foi realizada a análise dos dados, na quinta etapa foi desenvolvida a discussão dos dados e na sexta etapa foi apresentada a síntese da revisão.¹³

A questão norteadora do estudo foi: quais as generalizações que podemos fazer acerca dos estudos sobre uso de benzodiazepínicos?

Deste modo, empregaram-se critérios de inclusão: estudos de base populacional que abordassem exclusivamente o uso de psicofármacos (incluindo benzodiazepínicos) e/ou exclusivamente benzodiazepínicos; artigos que disponibilizassem o texto completo com versão *online* de maneira gratuita; e produções nacionais e internacionais, publicados nos idiomas português, espanhol ou inglês, classificados nos estratos A ou B do *webqualis* da Saúde Coletiva. O espaço temporal delimitado foram os anos de 2008 a 2012, a fim de retratar a produção científica da atualidade. Foram excluídas teses, dissertações, monografias e artigos que tratassem de populações com participantes hospitalizados ou institucionalizados por acreditarmos que estes usam mais frequentemente, e em maior quantidade, os medicamentos em questão por apresentarem quadros mais severos e por esse motivo proporcionassem vieses nos resultados dos estudos. Também foram excluídos, após leitura do resumo, os estudos que não convergiam com o objeto de estudo proposto, além das publicações que se repetiram nas bases de dados.

A busca foi realizada por dois revisores, garantindo rigor ao processo de seleção dos artigos nas bases de dados LILACS e MEDLINE, no segundo semestre de 2013, com descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “benzodiazepinas” [and] “psicofármacos” [and] “farmacoepidemiologia”.

Após a leitura dos títulos e resumos, os estudos selecionados foram analisados com auxílio de um instrumento elaborado pelos autores, avaliando-se dados referentes ao tipo de estudo, métodos empregados, população e amostra, objetivo principal, fontes de dados utilizadas, local do estudo, resumo dos resultados e o nível de evidência¹²: 1 - revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos; 2 - evidências de pelo menos um ensaio clínico randomizado

controlado bem delineado; 3 - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4 - estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; 5 - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; 7 - opinião de autoridades ou comitês de especialistas incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas.¹³

Por meio de análise temática ou categorial tipo de técnica de análise de conteúdo, operou-se de desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos sistemáticos analógicos.¹⁴

A análise constitui-se pela leitura dos 51 artigos selecionados, posteriormente buscou-se descobrir os núcleos de sentido que compõem o *corpus* do estudo, preocupando-se com a frequência desses núcleos, sob a forma de dados segmentáveis e análogos onde se realizou nova análise e dela emergiram três categorias respectivamente: Características gerais dos estudos, A utilização de benzodiazepínicos em números e Práticas de utilização de benzodiazepínicos e suas consequências.

RESULTADOS

Dentre os estudos selecionados, pode-se observar a utilização de dois tipos de delineamentos, os do tipo transversal (36) e longitudinal (15). Entre os estudos longitudinais há predominância dos estudos de coorte (13) seguidos dos estudos de caso-controle (2). Em relação à abordagem, todos adotaram abordagens quantitativas o que dificulta, ou impossibilita, a compreensão de aspectos mais subjetivos relacionados ao uso de benzodiazepínicos (Quadro 1). Os dados foram originados através de coleta primária (29) e dados secundários (18) oriundos de bancos de dados. Quatro estudos utilizaram fontes primárias e secundárias.

Código	Ano	Local	Tipo de estudo	Nível de evidência
A1	2008	Brasil	Descritivo	VI
A2	2008	França	Caso-controle	IV
A3	2008	Espanha	Descritivo	VI
A4	2008	Holanda	Caso-controle	IV
A5	2009	Brasil	Coorte	IV
A6	2009	Áustria	Coorte	IV
A7	2009	França	Coorte	IV
A8	2009	Espanha	Descritivo	VI
A9	2009	Taiwan	Descritivo	VI
A10	2009	Suécia	Descritivo	VI

A11	2009	Noruega	Descritivo	VI
A12	2009	México	Descritivo	VI
A13	2009	Austrália	Descritivo	VI
A14	2009	Holanda	Descritivo	VI
A15	2009	Chile	Descritivo	VI
A16	2010	França	Coorte	IV
A17	2010	Canadá	Descritivo	VI
A18	2010	Canadá	Descritivo	VI
A19	2010	Brasil	Descritivo	VI
A20	2010	Australia	Descritivo	VI
A21	2010	França	Descritivo	VI
A22	2010	Canadá	Coorte	IV
A23	2010	França	Descritivo	VI
A24	2010	Holanda	Descritivo	VI
A25	2010	Cuba	Descritivo	VI
A26	2010	Espanha	Descritivo	VI
A27	2010	Austrália	Descritivo	VI
A28	2010	Suécia	Coorte	IV
A29	2010	Canadá	Descritivo	VI
A30	2010	Holanda	Descritivo	VI
A31	2010	EUA	Descritivo	VI
A32	2011	Canadá	Descritivo	VI
A33	2011	França	Coorte	IV
A34	2011	Finlândia	Descritivo	VI
A35	2011	Brasil	Descritivo	VI
A36	2011	Brasil	Descritivo	VI
A37	2011	Alemanha	Coorte	IV
A38	2011	México	Descritivo	VI
A39	2011	Brasil	Descritivo	VI
A40	2011	Paquistão	Descritivo	VI
A41	2011	Brasil	Descritivo	VI
A42	2011	Holanda	Coorte	IV
A43	2011	Holanda	Coorte	IV
A44	2011	Finlândia	Coorte	IV
A45	2011	Finlândia	Coorte	IV
A46	2011	França	Descritivo	VI
A47	2011	Brasil	Descritivo	VI
A48	2012	Israel	Coorte	IV
A49	2012	Brasil	Descritivo	VI
A50	2012	Noruega	Descritivo	VI
A51	2012	Noruega	Descritivo	VI

Figura 1. Caracterização dos estudos quanto ao ano de publicação, local, tipo de estudo e nível de evidência.

A população participante das pesquisas analisadas foi composta por adultos ou exclusivamente idosos e os escopos principais são a descrição do perfil do usuário ou o padrão da utilização dos benzodiazepínicos; a

estimativa da prevalência do uso; e avaliação de suas consequências em diferentes populações. A classificação dos estudos de acordo com o objetivo principal, local e população foram apresentadas na Figura 2.

Objetivo Principal (Número de estudos)	Local do Estudo (Número de estudos)	População do Estudo (Número de estudos)
Perfil/padrão de utilização (22)	Alemanha (1), Austrália (1), Brasil (6), Canadá (2), Chile (1), Cuba (1), França (2), Holanda (1), México (3), Noruega (3), Suécia (1)	Adultos (14) Idosos (8)
Prevalência do consumo (13)	Austrália (2), Áustria (1), Brasil (2), Espanha (2), Finlândia (2), Holanda (2), Israel (1), Paquistão (1)	Adultos (9) Idosos (4)
Consequências da utilização (10)	Canadá (2), Espanha (1), EUA (1), Finlândia (1), França (3), Holanda (2)	Adultos (2) Idosos (9)
Motivação para a utilização (4)	Brasil (1), França (1), Holanda (1), Taiwan (1)	Adultos (4)
Consequências da descontinuação (1)	Suécia (1)	Adultos (1)

Adesão à terapia medicamentosa (1)	Canadá (1)	Adultos (1)
------------------------------------	------------	-------------

Figura 2. Caracterização dos estudos quanto ao objetivo principal, local e população.

A prevalência do uso de benzodiazepínicos variou de 6,9% e 14% na população geral e, entre idosos, essa frequência aumenta para 9,2% a 13,8%; e acomete predominantemente o sexo feminino. As mulheres utilizam em média duas vezes mais benzodiazepínicos do que os homens (Quadro 3).

Dependendo da fonte de dados, há grande variação da população participante dos

estudos; tendo sido colhidos dados envolvendo de, no mínimo, 1.192 indivíduos até 30.000 quando usados dados secundários; e de 27 a 749 indivíduos quando os indivíduos foram abordados diretamente para entrevista. Verifica-se que a prevalência é em média de 12% nos estudos com fonte primária, um pouco maior do que a média de 9,1% para estudos com fonte secundária.

Estudo e Local	População	Fonte de dados	N	Prevalência		
				Total (%)	Fem (%)	Masc (%)
Romero et al. 2008. Espanha	Indivíduos de ambos os sexos com mais de 15 anos de idade em uso crônico de BZD.	Secundária	6.885	6,9	9,7	4,0
Assem-Hilger et al. 2009. Áustria	Idosos de ambos os sexos com 75 anos de idade.	Primária	500	13,8	-	-
Ricci-Cabello et al. 2010. Espanha	Indivíduos de ambos os sexos com 16 ou mais anos de idade.	Secundária	29.478	9,8	-	-
Iqbal et al. 2011. Paquistão	Indivíduos de ambos os sexos com mais de 18 anos de idade.	Primária	749	14,0	17,0	9,0
Kantorski et al. 2011. Brasil	Indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades.	Secundária	1.162	10,7	-	-
Telles-Filho et al. 2011. Brasil	Idosos com 60 anos ou mais de idade.	Primária	27	9,2	-	-

Figura 3. Caracterização dos estudos quanto ao local, população, fonte de dados, amostra, prevalência total e por sexo.

Em virtude da transição epidemiológica, verificou-se uma tendência ao aumento da utilização de benzodiazepínicos que varia de 2,8% a 22%. Entre idosos, observa-se uma tendência do aumento da utilização desses medicamentos, que alcança até 17% deste estrato populacional. Exceção a essa tendência foi descrita em estudo australiano,

no qual foi apontada redução de 2,0% na prevalência de usuários de benzodiazepínicos devido ao estabelecimento de um programa de controle e uso racional. No Quadro 4 são mostrados os estudos sobre mudanças de padrão de consumo de benzodiazepínicos ao longo do tempo em diferentes populações.

Estudo e Local	População	Fonte de dados	N	Prevalência		
				I* (%)	II** (%)	Variação (%)
Smith et al. 2009. Austrália.	Indivíduos de ambos os sexos com mais de 15 anos de idade.	Secundária	5.000	-	-	-2,0
Ravera et al. 2010. Holanda.	Indivíduos de ambos os sexos com idade entre 18 e 89 anos.	Secundária	500.000	34,6 21,2	30,2 18,4	4,2*** 2,8****
Smith et al. 2010. Austrália	Indivíduos de ambos os sexos com mais de 15 anos de idade.	Secundária	-	-	-	22,0
Wittkamp et al. 2010. Holanda.	Indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades.	Secundária	1.500.000	-	-	14,0
Desplenter et al. 2011. Finlândia	Idosos com 75 anos ou mais de idade.	Primária	1.382	-	31,3	17,0
Rikala et al. 2011. Finlândia.	Idosos com 75 anos ou mais de idade.	Primária	700	-	31,0	17,0
Blumstein et al, 2012. Israel.	Idosos com 75 anos ou mais de idade.	Primária	780	22,2	25,4	3,2

Figura 4. Caracterização dos estudos quanto ao local, população, fonte de dados, amostra, prevalências encontradas e variações entre elas.

Prevalência I: refere-se à prevalência medida no momento inicial do estudo.
**Prevalência II: refere-se à prevalência medida no final do estudo, independente do número de medições

durante o seguimento.

***Variação da prevalência dos ansiolíticos.

****Variação da prevalência dos hipnóticos e sedativos.

O diazepam é o medicamento da classe dos benzodiazepínicos mais utilizados em diferentes populações, atingindo de 7,2% a 37% dos pacientes. No que se refere ao tempo de utilização, percebe-se que o uso prolongado vem aumentando ao avançar da idade. Em dois estudos realizados na população geral do Canadá o número de indivíduos que fazem uso crônico desses medicamentos apresentou um acréscimo de 3,2%. O uso crônico de benzodiazepínicos também está relacionado às tentativas frustradas de descontinuação do uso de medicamentos dessa classe. O relato de automedicação variou entre 24% a 88% dos usuários.

Outro aspecto investigado foi a adesão ao tratamento medicamentoso. Ao iniciar o tratamento, as taxas de não adesão diminuem ao avançar da idade e a maior causa de abandono são as queixas de esquecimento ou diminuição da memória principalmente quando se utiliza ansiolíticos. Muitos benzodiazepínicos são classificados como Medicamentos Potencialmente Inadequados (PIM) para idosos. Os medicamentos impróprios são utilizados por 18% a até 32% dos idosos que participaram dos estudos analisados.

Em relação à dependência aos benzodiazepínicos, estudos feitos no México, França e Canadá, usando critérios do DSM-IV, estimaram que 48,7%, 35,2% e 9,5% das populações estudadas eram dependentes, respectivamente. Entretanto, quando os participantes do estudo canadense eram questionados se eles se consideravam dependentes, 43% dos idosos responderam positivamente. Isto significa que, em média 43% dos entrevistados se consideram dependentes a esses medicamentos.

DISCUSSÃO

A discussão será apresentada por meio de categorias analíticas que surgiram após a leitura atenta dos artigos e análise descritiva dos resultados.

♦ Características gerais dos estudos

Os estudos selecionados mostram a predominância de delineamentos transversais com abordagem quantitativa. A utilização de dados secundários, provenientes de Sistemas de Informações em Saúde, abrangendo informações epidemiológicas, administrativas e clínicas, vem sendo crescentemente empregados na pesquisa e na avaliação em saúde, de forma isolada, ou integrados entre

si, e com fontes de dados primárias.¹⁵ Apesar da utilização de bancos de dados proporcionarem amplas coberturas populacionais e baixos custos, Coeli et al apontaram algumas limitações dessa estratégia de pesquisa como, por exemplo: as perguntas se tornam limitadas aos dados disponíveis; a confiabilidade dos dados; e, no caso de bases administrativas, o não conhecimento das regras que regem esses sistemas e suas mudanças ao longo tempo.¹⁵

♦ A utilização de benzodiazepínicos em números

A análise dos dados dos estudos envolvendo população geral de adultos mostra uma tendência ao aumento da utilização de benzodiazepínicos. A diminuição progressiva da resistência da humanidade para tolerar o 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 do uso desses medicamentos.¹⁶ No entanto, Smith et al em um estudo realizado na Austrália, relatam a diminuição dessa utilização na população geral em torno de 2,0%. Esta redução foi explicada pela implantação de políticas de controle efetivo na dispensação e melhora das prescrições realizadas pelos médicos, em especial, para idosos.¹⁷

O diazepam é o benzodiazepínico mais utilizado e também o medicamento dessa classe mais prescrito de forma inadequada, sendo estimado que uma prescrição em cada dez é inadequada, ou seja, 10% dos usuários de diazepam não deveriam fazer uso dele ou fazem uso de forma equivocada. De acordo com sua indicação, observa-se também o aumento do consumo de ansiolíticos e diminuição da utilização de benzodiazepínicos como hipnóticos.¹⁸ A prescrição dos hipnóticos deve ser precisa e de curta duração, levando-se em conta os seus efeitos benéficos e colaterais, a etiologia do transtorno de sono presente e, em essencial, a idade do paciente. Os tradicionais benzodiazepínicos causam mais reações adversas psicomotoras durante o dia do que os atuais não-benzodiazepínicos, como o zolpidem, zolpiclone e zaleplon, principalmente se tratando de idoso e, em alguns estudos, observa-se uma tendência na substituição aos benzodiazepínicos.¹⁹

♦ Práticas de utilização de benzodiazepínicos e suas consequências

Quanto à prática da automedicação, nos estudos envolvendo populações europeias não houve o relato da prática de automedicação em virtude do maior controle sobre a prescrição e dispensação de medicamentos naquela região. Entretanto, em estudos feitos no Paquistão²⁰ e em Cuba²¹, os autores relatam que de 24% e 88%, respectivamente, da população usuária de benzodiazepínicos se automedicava denotando controle ineficaz do acesso da população a esses medicamentos e alta frequência de prescrições inadequadas.

O uso predominante por mulheres idosas pode ser justificado pela maior prevalência de enfermidades psiquiátricas entre as mulheres e sua maior frequência nos serviços de saúde. Além disso, as alterações próprias do envelhecimento, como a diminuição normal do tempo de sono, pode induzir a utilização de benzodiazepínicos como hipnóticos para a resolução do quadro.⁵ Atrelado ao uso existe a inadequação da prescrição dessa classe de medicamentos para idosos provocando efeitos colaterais e interações medicamentosas com graves consequências²²; maior propensão a quedas²³; fraturas²⁴; aumento de déficit cognitivo, principalmente da memória.²⁵

A adesão ao tratamento medicamentoso é definida como o grau em que o paciente segue as recomendações médicas, ou do profissional da saúde consultado, retorna ao serviço e mantém o tratamento indicado.¹ No que diz respeito à adesão do tratamento com benzodiazepínicos as taxas de não adesão diminuem ao avançar da idade e a maior causa de abandono são as queixas de esquecimento ou diminuição da memória principalmente quando utiliza-se ansiolíticos.²⁶

A diminuição da memória é uma das graves consequências do uso inadequado de benzodiazepínicos.²⁵ Além disso, eles promovem altas taxas de tolerância e dependência, o que leva, respectivamente, ao aumento da dose necessária para o mesmo efeito terapêutico e, quando seu uso é interrompido abruptamente, provocam o surgimento de sinais e sintomas contrários aos efeitos terapêuticos esperados da droga.^{26 27} O efeito da dependência deve ser amplamente prevenido pelo médico através do uso de dosagens mínimas; por períodos de tratamento mais curtos possíveis; e pela seleção cuidadosa do paciente, evitando prescrever esses medicamentos a pacientes com história ou propensos à droga.²⁸

O uso crônico de benzodiazepínicos foge das recomendações para o uso racional de medicamentos. Em geral, o tratamento com benzodiazepínicos deve ser muito limitado em

relação ao tempo, não justificando uso desses medicamentos por longos períodos exceto em situações específicas como em alguns quadros epilépticos.⁵ Neste sentido, torna-se importante a reavaliação do tratamento a fim de evitar o uso crônico e indiscriminado desses medicamentos. No entanto, a reavaliação muitas vezes não é feita de forma sistemática e ocorre apenas a distribuição de receita para aquisição do medicamento.²⁹ O uso crônico também está relacionado às tentativas frustradas de descontinuação do uso de medicamentos dessa classe. De acordo com Patten et al³⁰ a descontinuação diminuiu ao avançar do tempo de uso, impossibilitando esse processo que, em 90% dos usuários crônicos, há a ocorrência de sintomas de ansiedade quando da retirada dos medicamentos o que torna cada vez mais difícil esse processo.

CONCLUSÃO

A maioria dos estudos analisados objetivou compreender o perfil dos usuários, o padrão da utilização dos benzodiazepínicos e a prevalência nas populações, no entanto, permanecem lacunas a serem preenchidas como, por exemplo, esclarecer as queixas ou outros fatores relacionados ao início da utilização, possíveis influências de fatores ambientais, problemas relacionados ao uso, atuação de profissionais na orientação do uso correto; e custos relacionados à sua utilização. Isto pode ter acontecido em decorrência do método empregado nos estudos ou pelos descritores utilizados para elaboração desta revisão.

FINANCIAMENTO

Estudo realizado com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales [Internet]. 2002 Sept [cited 2012 Sept 28]; 5:1-6. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874/s/s4874s.pdf>.
2. Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998 (Anvisa). Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 15 maio 1998. Available from: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf.

3. Smith A, Tett S, Hall W. The contribution of injecting drug users in Sydney, Melbourne and Brisbane to rising benzodiazepine use in Australia 2000 to 2006. *Aust N Z J Public Health* [Internet]. 2010 June [cited 2012 Sept 28];34(3):315-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618276>.
4. Fonseca AM, Galduróz JCF, Noto AR, Carlini ELA. Comparison between two household surveys on psychotropic drug use in Brazil: 2001 and 2004. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010 May [cited 2012 Sept 30];15(3):663-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300008&lng=en.
5. Romero FB, Moreso JLP, Gilabert NM, Luque PC, López NB, Gallisa JB. Elevado consumo de benzodíacepinas em mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2008 [cited 2012 Sept 28];40(12):617-21. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708756956>.
6. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2005 [cited 2012 Sept 28];13(número especial):896-902. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18>.
7. Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 18nd ed. Ginebra: Série de Informes Técnicos; 1971:1-48.
8. World Health Organization. Medicines: rational use of medicines. Factsheet [Internet] 338 th ed. May 2010. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/>.
9. Brasil. Síntese de indicadores sociais uma análise das condições de vida da população brasileira [internet]. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. 2009 [cited 2008 Aug 13]. Available from: <http://www.ibge.gov.br>
10. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean J, Beers MH. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: Results of a US Consensus Panel of Experts. *Arch Intern Med* [Internet]. 2003 [cited 2012 Sept 30];163(22):2716-2724. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=757456>
11. Faustino CG, Martins MA, Jacob-Filho W. Potentially inappropriate medication prescribed to elderly outpatients at a general medicine unit. *Einstein* [Internet]. 2011 [cited 2012 Sept 30];9(1 Pt 1):18-23. Available from: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1844-Einsteinv9n1_18-23_eng.pdf
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins [Internet]. 2005 [Internet]. 2006 [cited 2013 Aug 3];3-24. Available from: http://download.lww.com/wolterskluwer_vit_alstream.com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2008 Oct/Dec [cited 2013 Oct 20];17(4):758-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 10th ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
15. Coeli CM, Carmargo KRCJ, Sanches KRB, Cascão AM. Sistemas de informação em saúde. In: Medronho RA, et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2009. 525-30 p.
16. Paprocki J. O emprego de ansiolíticos benzodiazepínicos pelo clínico geral e por especialistas não psiquiatras. *Arq bra med* [Internet]. 1990 [cited 2012 Sept 30];64(5):305-12. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=96313&indexSearch=ID>
17. Smith AJ, Tett SE. How Do Different Age Groups Use Benzodiazepines and Antidepressants? Analysis of an Australian Administrative Database, 2003-6. *Drugs Aging*. 2009 [cited 2012 Sept 30];26(2):113-122. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19220068>
18. Nyborg G, Straand J, Brekke M. Inappropriate prescribing for the elderly—a modern epidemic?. *Eur J Clin Pharmacol* [Internet]. 2012 [cited 2015 May 30];68(7):1085-94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22349159>
19. Freeman H, Puech AJ, Roth T. *Zolpidem: na Update of its Pharmacological Properties and Therapeutic Place in the Management of Insomnia*. Elsevier; 1996.
20. Ricardo LIS, Gárciga FFH. Consumo de benzodiazepinas en pacientes geriátricos del

Wanderley TC, Santos SC.

Uso de benzodiazepínicos e suas implicações...

Consultorio # 12, Policlínico "Campo Florido". Rev Cuba Farm [Internet]. 2010 [cited 2012 Sept 30]; 44(3):346-53. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75152010000300008&script=sci_arttext

21. Iqbal SP, Ahmer S, Farooq S, Parpio Y, Tharani A, Khan RAM, Zaman M. Benzodiazepine use among adults residing in the urban settlements of Karachi, Pakistan: A crosssectional study. Subst Abuse Treat Prev Policy [Internet]. 2011 [cited 2012 Sept 30];6(19):1-7. Available from: <http://www.substanceabusepolicy.com/content/pdf/1747-597X-6-19.pdf>

22. Laranjeira R. O uso racional de benzodiazepínicos. Jornal da Associação Médica Brasileira. São Paulo. 1995. 5 p.

23. Fiss T, Dreier A, Meinke C, Van Den Berg N, Ritter CA, Hoffmann W. Frequency of inappropriate drugs in primary care: analysis of a sample of immobile patients who received periodic home visits. Age Ageing [Internet]. 2011 [cited 2012 Sept 30];40(1):66-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20823125>

24. Zint K, Haefeli WE, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J, Sturmer T. Impact of drug interactions, dosage, and duration of therapy on the risk of hip fracture associated with benzodiazepine use in older adults. Pharmacoepidemiol Drug Saf [Internet]. 2010 [cited 2012 Sept 30];19(12):1248-55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20931664>

25. Boeuf-Casou O, Bongue B, Ansiau D, Marquié JC, Lapeyre-Mestre M. Impact of long-term benzodiazepine use on cognitive functioning in young adults: the VISAT cohort. Eur J Clin Pharmacol [Internet]. 2011 [cited 2012 Sept 30];67(10):1045-52. Available from: <http://www.visat.fr/uploads/documents/Boeuf-Cazou%20et%20al.pdf>

26. Bulloch AGM, Patten SB. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. Soc Psychiatr Psychiat Epidemiol [Internet]. 2010 [cited 2012 Sept 30];45(1):47-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19347238>

27. Telles Filho PCP, Chagas AR, Pinheiro MLP, Lima AMJ, Durão AMS. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011 [cited 2012 Sept 30];15(3):581-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci_arttext

28. Auchewski L, Andreatinia R, Galduróz JCO, Lacerda RB. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2004 Mar [cited 2012 Sept 30];26(1):24-31. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000100008&lng=en

29. Carreiro GSP, Wanderley TC, Menezes PCM, Lucena KC. Assistência de enfermagem em saúde mental nas equipes de saúde da família e no centro de atenção psicossocial. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2012 Feb [cited 2015 May 13];6(2):417-22. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2164> doi: 10.5205/reuol.2052-14823-1-LE.0602201222

30. Patten SB, Williams JVA, Kassam DHLA, Sabapathy CD. Pharmacoepidemiology of Benzodiazepine and Sedative-Hypnotic Use in a Canadian General Population Cohort During 12 Years of Follow-up. Can Psychiatr Assoc J [Internet]. 2010 [cited 2012 Sept 30];55(12):792-800. Available from: <https://www.questia.com/library/journal/1P3-2244845151/pharmacoepidemiology-of-benzodiazepine-and-sedative-hypnotic>

Submissão: 03/04/2014

Aceito: 13/07/2015

Publicado: 01/08/2015

Correspondência

Thyago da Costa Wanderley
Rua Maria Cavalcante de Oliveira, 175
Bairro Mangabeira I
CEP 58055-150 – João Pessoa (PB), Brasil