

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC**

**CURSO DE FARMÁCIA**

**RAQUEL SILVEIRA BETTIOL**

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE  
BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA FARMÁCIA DE UM MUNICÍPIO DO  
SUL DE SANTA CATARINA**

**CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2012**

**RAQUEL SILVEIRA BETTIOL**

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE  
BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA FARMÁCIA DE UM MUNICÍPIO DO  
SUL DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de farmacêutico generalista no curso de farmácia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Professora orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Dal Bó

**CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2012**

**RAQUEL SILVEIRA BETTIOL**

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM  
UMA FARMÁCIA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA**

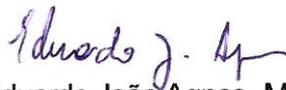
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de farmacêutico generalista, no Curso de farmácia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em farmacologia

Criciúma, 30 de novembro de 2012

**BANCA EXAMINADORA**



Prof.ª Silvia Dal Bó – Doutora - (UNESC) - Orientador



Prof. Eduardo João Agnes -Mestre - (UNESC)



Prof. Gabriella Peraro Cemin - Especialista- (UNESC)

**A minha família, que me apoiou em todos os momentos.**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais, Fernando e Albertina, pelo exemplo e admiração, por todo carinho e apoio inquestionáveis, pelo suporte e estrutura fornecidos durante toda essa jornada, e pela vontade de me ver feliz.

Às minhas irmãs, Fernanda e Paula, grandes companheiras, sempre presentes em meu coração, independente da distancia.

Ao Sidnei Martinello Cesino por todo amor, carinho e companheirismo, pelo apoio em todos os momentos da minha vida e por me fazer feliz.

Às amigas de sala de aula, as quais dividiram comigo vários momentos ao longo desta jornada.

A professora Dr<sup>a</sup> Silvia Dal Bó, orientadora deste trabalho e exemplo de profissional, pelos ensinamentos e criticas e pela disponibilidade em me prestar toda a ajuda necessária para a realização deste trabalho.

As colegas de trabalho pelo carinho e companheirismo, em especial as farmacêuticas Bruna Correa Ventura e Raquel Cristina Guollo Mouro, por disponibilizar as notificações de receitas B e permitir que a pesquisa fosse realizada.

Aos membros da banca examinadora professor Eduardo João Agnes e a professora Gabriella Peraro Cemin, por aceitar participar desta avaliação.

E a todos que de alguma maneira, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho de conclusão de curso.

Obrigado a todos.

## RESUMO

**Introdução:** O consumo excessivo de medicamentos pela população é considerado um problema de saúde pública, principalmente o de psicofármacos. Os benzodiazepínicos (BZDs) estão entre as classes mais prescritas no mundo e são utilizados principalmente como ansiolíticos e hipnóticos, além de apresentar ação anticonvulsivante, propriedades miorrelaxante e amnésica. O uso prolongado destes, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. **Objetivos:** Analisar a prevalência do consumo de benzodiazepínicos em um município no sul de Santa Catarina, por meio de análise de notificações de receitas dispensadas em uma farmácia privada e avaliar a adequação das indicações clínicas desses medicamentos. **Metodologia:** Terá caráter quantitativo e descritivo por meio de análise de notificações de receitas B dispensadas em uma farmácia privada e de um questionário aplicado em forma de entrevista com perguntas abertas e fechadas. **Resultados:** Foram entrevistados 30 indivíduos usuários de BZDs, no ato da aquisição do medicamento, e a análise da prescrição dos mesmos foi feita posteriormente. O perfil do usuário em Cocal do sul, geralmente são mulheres (80%), casadas (80%), entre 45 anos e 65 anos (53,4%), com baixa escolaridade (56,7%) e baixo poder aquisitivo (73,3%). Entre os entrevistados, 73,4% relataram ter algum problema de saúde atualmente. O clonazepam foi o fármaco mais prescrito (33,4%) e 20 usuários relataram utilizar para insônia. Quanto ao tempo de uso, 73,3% usam cronicamente. A tentativa dos entrevistados em parar foi de 70% da população. Porém, o insucesso foi na mesma proporção (71,4%). O número médio de sintomas na ausência do medicamento foi 2,14 por usuário. Quanto aos sintomas relacionados com o uso do benzodiazepínico, 60% relataram não sentir sintomas. E entre os que sentiam algum sintoma, 13,4% relataram sentir somente perda de memória, 10% somente sonolência e 10% sentirem associação dos dois sintomas. Mais de 50% não recebeu orientações necessárias sobre o uso de BZDs. **Conclusão:** O uso irracional de BZDs caracteriza um problema de saúde pública. Apesar de serem fármacos seguros, podem apresentar tolerância e dependência após longos períodos de uso, e os usuários geralmente desconhecem suas possíveis complicações futuras. Assim, faz-se necessária a necessidade de mais estudos relacionados com o uso prolongado desta classe, como também a orientação e educação continuada aos profissionais da saúde em todas as especialidades a respeito do uso, tolerância, dependência e efeitos colaterais.

**Palavras-chave:** Benzodiazepínico. Uso prolongado. Prescrição de medicamento.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura química geral dos benzodiazepínicos .....	15
Figura 2 – Metabolismo de alguns benzodiazepínicos e seus respectivos metabolitos .....	17
Figura 3 – Morbidades relatadas pelos participantes da pesquisa.....	31
Figura 4 – Indicações dos BZDs .....	33
Figura 5 – Orientação de retirada do uso de benzodiazepínico .....	35
Figura 6 – Distribuição dos sintomas apresentados na ausência do medicamento ..	36
Figura 7 – Efeitos colaterais causados pelo uso de BZDs .....	37

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Benzodiazepínica e suas estruturas químicas .....	15
Tabela 2 – Características dos benzodiazepínicos .....	18
Tabela 3 – Distribuição dos usuários de BZDs no município de Cocal do Sul, conforme características socio-demográficas .....	29
Tabela 4 – Distribuição dos usuários de BZDs no município de Cocal do Sul, conforme características da aquisição da notificação de receita B .....	31
Tabela 5 – BZDs utilizados pelos usuários .....	32
Tabela 6 – Tempo de utilização de BZDs pelos entrevistados .....	34
Tabela 7 – Tentativa de parada do uso de BZDs .....	34
Tabela 8 – Profissional que orientou a retirada do BZDs .....	34
Tabela 9 – Sucesso na tentativa de retirado do benzodiazepínico .....	35
Tabela 10 – Presença de sintomas na utilização. ....	36

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agencia nacional de vigilância sanitária
CAPS	Cento de atenção psicossocial
BZDS	Benzodiazepínicos
ESF	Estratégia saúde da família
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
GABA	Acido gama-aminobutirico
SNC	Sistema nervoso central
SNGPC	Sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados
SUS	Sistema único de saúde
UNESC	Universidade do extremo sul catarinense

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 O problema .....	11
<b>1.2. Objetivos</b> .....	<b>13</b>
1.2.1. Objetivo geral .....	13
1.2.2. Objetivo Específico.....	13
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1 Histórico</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2 A estrutura química</b> .....	<b>14</b>
<b>2.3 Farmacologia</b> .....	<b>16</b>
<b>2.4 Efeitos Terapêuticos</b> .....	<b>19</b>
<b>2.5 Efeitos colaterais</b> .....	<b>20</b>
<b>2.6 Dependência</b> .....	<b>21</b>
<b>2.7 Tratamento</b> .....	<b>21</b>
<b>2.8 Epidemiologia</b> .....	<b>22</b>
<b>3. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>25</b>
3.1 Tipo de estudo.....	25
3.2 População de estudo .....	25
3.3 Cálculos de amostragem .....	25
3.4 Instrumentos de pesquisa .....	26
3.5 Procedimento experimental .....	26
3.6 Critérios de inclusão .....	27
3.7 Critérios de exclusão .....	28
3.8 Análise de dados .....	28
3.9 Aspectos éticos .....	28
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>29</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	<b>38</b>
<b>6 CONCLUSÕES</b> .....	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>45</b>
<b>APÊNDICE(S)</b> .....	<b>50</b>
<b>APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIO</b> .....	<b>50</b>
<b>APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO</b> .....	<b>54</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O problema

O consumo excessivo de medicamentos pela população é considerado um problema de saúde pública, principalmente o de psicofármacos, que são indutores de dependência física e química em pacientes que fazem uso prolongado destes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007; SANTOS, 2009).

Entre as classes de psicofármacos, uma que já é destaque é a classe dos benzodiazepínicos (BZDs). Esta classe está entre as mais prescritas no mundo e são utilizados principalmente como ansiolíticos e hipnóticos, além de apresentar ação anticonvulsivante, propriedades miorrelaxante e amnésica (coadjuvante anestésico) (ORLANDI e NOTO, 2002; BARBOSA, 2007; FIRMINO et al., 2012;). São frequentemente prescritos para o tratamento de insônia e transtornos de ansiedade, apesar de também serem prescritos indevidamente para condições como a depressão ou mesmo uma variedade de sintomas não específicos como mal estar, vertigem, cefaléia e palidez (BARBOSA, 2007). Porém, para tais sintomas, necessariamente não é preciso o tratamento medicamentoso, pois a psicoterapia como a terapia cognitivo-comportamental, pode detectar fatores que causam os transtornos de ansiedade e melhorar a qualidade do sono (BARBOSA, 2007; FIRMINO, 2010).

O uso inadequado desta classe é relatado tanto em países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento. O período turbulento, que caracteriza as últimas décadas da humanidade pode colaborar para o uso desenfreado de BZDs, pois a capacidade de tolerar o estresse, a introdução de novas drogas e os hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos pode ter contribuído para o aumento da procura pelos BZDs (BICCA, 2007)

Além da elevada eficácia terapêutica, os BZDs, são drogas relativamente seguras apresentando baixos riscos de intoxicação. Porém a preocupação com sua utilização têm sido cada vez maiores, pois seu mecanismo de ação não está completamente esclarecido (LONGO e JOHNSON, 2000; FIRMINO, 2010).

A incidência de efeitos colaterais, relacionados com a depressão do sistema nervoso central (SNC), pode comprometer o usuário de BZDs causando diminuição da atividade psicomotora, prejuízo da memória, a desinibição paradoxal, a tolerância e dependência e a potencialização por outras drogas depressoras, principalmente o álcool (LONGO e JOHNSON, 2000; NOMURA et al., 2006).

Para minimizar a incidência de efeitos colaterais, a orientação do médico em relação ao uso de BZDs é um fator muito importante (AUCHEWSKI et al, 2004). O uso prolongado de BZDs, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência (AUCHEWSKI et al, 2004, ORLANDI e NOTO, 2005; BARBOSA, 2007). O efeito da dependência deve ser amplamente prevenido pelo médico, pois esta pode desenvolver-se em dias ou semanas, uma vez que os principais efeitos de descontinuação do medicamento apresentam efeitos contrários aos terapêuticos ou intensificação dos sintomas originais (AUCHEWSKI et al, 2004). Portanto, após a estabilização da resposta inicial, é importante manter a dosagem do benzodiazepínico o mais baixo possível fazendo uma reavaliação constante da necessidade de manutenção do benzodiazepínico, e realizar uma tentativa de retirada após seis semanas de tratamento. A retirada dos BZDs deve ser gradual (ANDREATINI et al, 2001).

Com base no exposto, justifica-se a realização do presente estudo que visa investigar a prevalência do consumo de benzodiazepínicos no município de Cocal do Sul, Santa Catarina e avaliar a adequação das indicações clínicas desses medicamentos, centrando-se na prescrição destes, com vista a formular recomendações para seu uso racional.

## 1.2 Objetivo

### 1.2.1. Objetivo geral

Analisar a prevalência do consumo de benzodiazepínicos em um município no sul de Santa Catarina, por meio de análise de notificações de receitas dispensadas em uma farmácia privada e avaliar a adequação das indicações clínicas desses medicamentos.

### 1.2.2. Objetivo Específico

- Descrever aspectos clínico-demográficos da população residente no município que faz uso de benzodiazepínicos.
- Avaliar como os usuários adquirem as notificações de receitas B.
- Descrever quais benzodiazepínicos são prescritos e indicações
- Descrever o tempo de uso de benzodiazepínicos por esses pacientes;
- Descrever como os usuários procedem na tentativa de retirada desta classe de medicamentos
- Descrever sintomas causados na ausência e presença do uso de BZDs.
- Avaliar o conhecimento do paciente sobre os principais efeitos colaterais desta classe de medicamentos, através de orientações recebidas pelo médico.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Histórico**

O início da era dos BZDs começa em meados do século XX, a partir da descoberta de suas características ansiolíticas e hipnóticas (BARBOSA, 2007). Na década de 50, o doutor Leo H. Sternbach sintetizou acidentalmente os primeiros compostos BZDs (SILVA, 1999). Através de um processo de triagem de rotina, observou-se uma atividade farmacológica inesperada destes compostos, e após várias avaliações clínicas, o primeiro benzodiazepínico, o clordiazepóxido, foi lançado no mercado em 1960 (SILVA, 1999; BARBOSA, 2007). Logo houve o surgimento de novos fármacos, com perfis farmacológicos similares, sendo lançado em 1963, um dos mais importantes da classe, o diazepam (SILVA, 1999; BARBOSA, 2007).

Devido a sua eficácia terapêutica, talvez uns dos principais motivos que gerou o grande sucesso dos BZDs foi a segurança que eles apresentam em relação a outros medicamentos existentes anteriormente (SILVA, 1999). Nas décadas seguintes os BZDs, se tornaram os psicofármacos mais prescritos na farmacopéia (RANG, 2012).

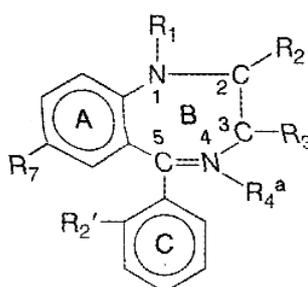
Porém, nos anos seguintes, os riscos relacionados ao desenvolvimento de tolerância, dependência e síndrome de abstinência foram observados em usuários crônicos de BZDs, levantando a hipótese sobre a correta indicação e prescrição dos mesmos (SILVA, 1999; BARBOSA, 2007).

### **2.2 A estrutura química**

A estrutura química básica dos BZDs é composta por um anel incomum de sete membros fundido em anel aromático e um grupamento aril substituinte na

posição cinco, (figura 1) que tem quatro grupos principais substituintes que podem ser alterados sem perda da atividade (CHARNEY et al, 2006; RANG, 2012).

Porém, a substituição do anel C por uma função cetona na posição cinco e por uma alteração de uma metila na posição 4, da origem a uma importante estrutura antagonista dos BZDs, o flumanezil (CHARNEY et al, 2006). A tabela 1 encontra-se algumas estruturas e nomes que representam esta classe.

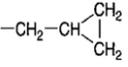


**Figura 1.** Estrutura química geral dos benzodiazepínicos.

Fonte: CHARNEY, MIHIC; HARRIS, 2006

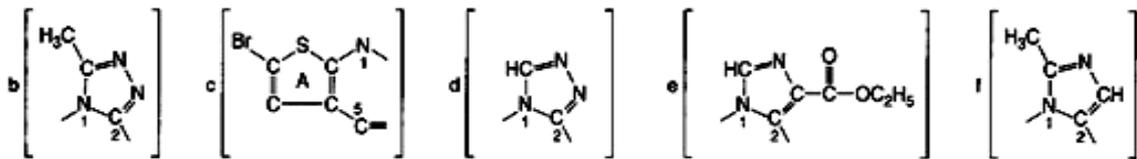
**Tabela1-** Benzodiazepínicos e suas estruturas químicas

Benzodiazepínico	R <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	R <sub>3</sub>	R <sub>7</sub>	R <sub>2</sub>
Alprazolam	[Anel triazol fusionado] <sup>b</sup>		-H	-Cl	-H
Brotizolam <sup>†</sup>	[Anel triazol fusionado] <sup>b</sup>		-H	[Anel tieno A] <sup>c</sup>	-Cl
Clobazam <sup>a,†</sup>	-CH <sub>3</sub>	=O	-H	-NO <sub>2</sub>	-H
Clonazepam	-H	=O	-H	-Cl	-Cl
Clorazepato	-H	=O	-COO <sup>-</sup>	-Cl	-H
Clordiazepóxido <sup>a</sup>	(-)	-NHCH <sub>3</sub>	-H	-Cl	-H
Demoxepam <sup>a,†,‡</sup>	-H	=O	-H	-Cl	-H
Diazepam	-CH <sub>3</sub>	=O	-H	-Cl	-H
Estazolam	[Anel triazol fusionado] <sup>d</sup>		-H	-Cl	-H
Flumazenil <sup>a</sup>	[Anel imidazol fusionado] <sup>e</sup>		-H	-F	[=O em C5] <sup>g</sup>
Flurazepam	-CH <sub>2</sub> CH <sub>2</sub> N(C <sub>2</sub> H <sub>5</sub> ) <sub>2</sub>	=O	-H	-Cl	-F
Lorazepam	-H	=O	-OH	-Cl	-Cl
Midazolam	[Anel imidazol fusinado] <sup>f</sup>		-H	-Cl	-F

Benzodiazepínico	R <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	R <sub>3</sub>	R <sub>7</sub>	R <sub>2</sub>
Nitrazepam <sup>†</sup>	-H	=O	-H	-NO <sub>2</sub>	-H
Nordazepam <sup>†,§</sup>	-H	=O	-H	-Cl	-H
Oxazepam	-H	=O	-OH	-Cl	-H
Prazepam <sup>†</sup>		=O	-H	-Cl	-H
Quazepam	-CH <sub>2</sub> CF <sub>3</sub>	=O	-H	-Cl	-F
Temazepam	-CH <sub>3</sub>	=O	-OH	-Cl	-H
Triazolam	[Anel triazol fusionado] <sup>b</sup>		-H	-Cl	-Cl

\*As notas alfabéticas que remetem ao pé da figura referem-se a alterações da fórmula geral: as que empregam símbolos destinam-se a outros comentários. †Indisponível para uso clínico, nos EUA.

‡Metabólito importante do clordiazepóxido. §Metabólito importante do diazepam e de outros; também denominado nordiazepam. <sup>a</sup>Nenhuma substituição na posição 4, exceto para o clordiazepóxido e demoxepam, que são N-óxidos; R<sub>4</sub> é -CH<sub>3</sub> no flumazenil, no qual não há dupla ligação entre as posições 4 e 5; R<sub>4</sub> é =O no clobazam no qual há um C na posição 4 e um N na posição 5.



<sup>9</sup> Não há anel C

Fonte: CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006

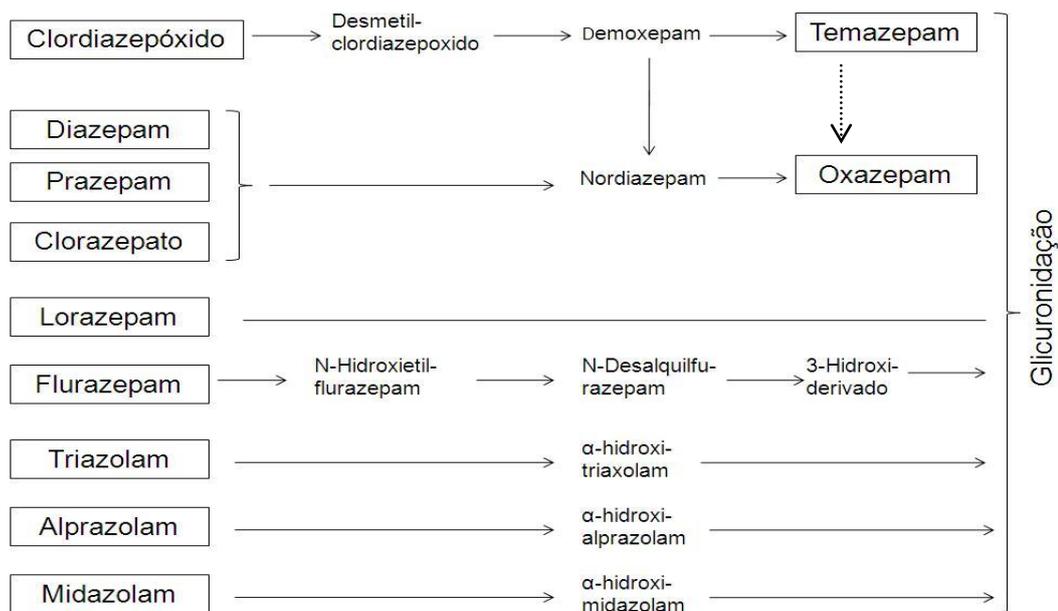
## 2.3 Farmacologia

Até pouco tempo atrás, o mecanismo de ação dos BZDs era desconhecido. Hoje se acredita que os BZDs facilitam a ação dos receptores do Ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA), um importante neurotransmissor que age na transmissão sináptica inibitória em todo o sistema nervoso central (SNC) (THORNTON E LIMA, 2003; RANG, 2012). Os BZDs atuam em sítios específicos dos receptores de GABA do subtipo GABA<sub>A</sub>, que é um canal iônico regulado por ligante, distinto do sítio de ligação com o GABA e agem alostericamente estimulando a ligação do GABA pelo receptor, potencializando a ação inibitória deste, facilitando a passagem de canais de cloreto (NUTT e MALIZIA, 2001; CHARNEY et al, 2006). Os BZDs são inativos na carência do GABA (RANG, 2012).

Os BZDs são bem absorvidos no trato gastrointestinal, após administração oral. Porém, alguns são lentamente absorvidos, como o lorazepam e oxazepam. A alimentação, terapia associada e formulações podem interferir na absorção (THORNTON E LIMA, 2003).

São geralmente administrados por via oral, mas podem ser utilizados via intravenosa, como o diazepam pra estado do mal epilético ou midazolam em anestesia, porém com absorção lenta. Os BZDs são biotransformados em nível hepático por meio de reações oxidativas e não oxidativas, e finalmente excretados como conjugados de glicuronídeo na urina. Neste processo, os BZDs podem dar origem a outros membros da classe ou metabolitos ativo e inativos (figura 2) (THORNTON E LIMA, 2003).

Embora os BZDs possuam efeitos clínicos qualitativamente semelhantes, existem importantes fatores, como a potência do fármaco, meia-vida de eliminação dos benzodiazepínicos e situação clínica do paciente que devem ser considerados na aplicação terapêutica (LIMA, 2004). As propriedades de ligação dos benzodiazepínicos com seus respectivos receptores esta diretamente relacionada à potência do fármaco (CHOUINARD, 2004 apud BARBOSA, 2007).



**Figura 2** - Metabolismo de alguns benzodiazepínicos e seus respectivos metabolitos.

Fonte: Barbosa, 2007

A duração de ação dos BZDs varia em função da produção de seus metabólitos ativos, pois estes variam no tempo de meia-vida de eliminação. Pelo tempo de meia-vida de eliminação eles podem ser classificados em: de ação ultracurta, curta, intermediária e longa duração (CHARNEY et al, 2006). A tabela 2 apresenta a classificação de alguns BZDs utilizados na prática clínica de acordo com as propriedades farmacocinéticas.

**Tabela 2** - Características dos benzodiazepínicos

<b>Fármaco</b>	<b>Meia-vida do composto de origem (h)</b>	<b>Metabólitos ativos</b>	<b>Meia-vida do metabolito (h)</b>	<b>Duração total da ação</b>	<b>Principal (is) uso(s)</b>
Triazolam, Midazolam	2-4	Derivado hidroxilado	2	Ultracurta (<6h)	Hipnótico O midazolam é usado como anestésico intravenoso
Lorazepam, oxazepam, temazepam, lormetazepam	8-12	Não há	-	Curta (12-18)	Ansiolítico, hipnótico
Alprazolam	6-12	Derivado hidroxilado	6	Media (24H)	Hipnótico, Antidepressivo
Nitrazepam	16-40	Não há		Media	Hipnótico, ansiolítico
Diazepam, clordiazepóxido	20-40	Nordazepam	60	Longa (24-48h)	Ansiolítico, Relaxante muscular O diazepam é usado como anticonvulsivante
Flunazepam	1	Desmetil-flurazepam	60	Longa	Ansiolítico
Clonazepam	50	Não há		Longa	Anticonvulsivante, ansiolítico (especialmente mania)

Os BZDs possuem afinidade por proteínas plasmáticas e são altamente lipossolúveis, cruzando facilmente a barreira hematoencefálica e acumulam-se gradualmente nos tecidos orgânicos (BARBOSA, 2007). Esses fármacos atravessam a barreira placentária, aumentando a probabilidade de anomalias congênitas como fenda palatina e lábio leporino, além de outras complicações neonatais quando utilizados durante a gestação. Devem ser evitados na lactação, pois são secretados no leite materno, podendo causar perda de peso e letargia ao bebê. (MARANGELL et al, 2004). Em indivíduos maiores de 60 anos, seu uso deve ser racional, pois doses terapêuticas para adultos jovens podem ser consideráveis tóxicas nestes pacientes (BARBOSA, 2007).

Os BZDs possuem algumas interações importantes com outros fármacos aumentando a vida média da digoxina e em pacientes heparinizados deve-se monitorar cuidadosamente o tempo de protrombina, pois este se prolonga com o uso de BZDs. Alguns fármacos como: a cimetidina, eritromicina, inibidores da monoaminoxidase, antifúngicos azólicos e contraceptivos orais aumentam os níveis plasmáticos dos BZDs (MARCOLIM, 1998). O álcool utilizado concomitante aos BZDs, afeta a farmacodinâmica dos BZDs, pois agem no mesmo neurotransmissor, potencializando a resposta inibitória do mesmo causando depressão no SNC (CHARNEY et al, 2006; RANG, 2012).

## **2.4 Efeitos terapêuticos**

Os principais efeitos dos BZDs consistem em redução da ansiedade e agressividade, indução do sono, sedação, efeito anticonvulsivante, redução do tônus muscular e da coordenação motora e amnésia anterógrada (AUCHEWSKI et al, 2004; NOMURA et al., 2006). Nos transtornos de ansiedade os BZDs são os fármacos comumente utilizados, pois apresentam rápida redução dos sintomas, principalmente em estados agudos da ansiedade (RANG, 2012). Porém, sua eficácia é restrita ao período de utilização, pois a retirada apresenta certas dificuldades (FIRMINO, 2010).

Os BZDs aumentam a duração do sono total, diminuindo o período que se

leva até dormir. Porém, a fisiologia normal do sono não é totalmente reproduzida, já que diminuem o tempo gasto em sono de ondas lentas e sono paradoxal (GUIMARÃES, 2005; BARBOSA, 2007).

Todos os BZDs possuem efeito anticonvulsivante, mas os que são utilizados na prática clínica são o clonazepam, clobazam, lorazepam e o diazepam. Destes os mais largamente utilizados para controlar o estado epiléptico é o lorazepam e o diazepam. O clonazepam é o mais potente anticonvulsivante BZDs e é utilizado particularmente em tratamentos dos casos mais graves de epilepsia, principalmente os com crises múltiplas (LEONARD, 2006).

Os BZDs podem produzir amnésia de eventos experimentados enquanto sob sua influência, desta forma procedimentos cirúrgicos menores e invasivos não deixaram lembranças indesejáveis (RANG, 2012).

## **2.5 Efeitos colaterais**

Os principais efeitos colaterais destes fármacos são sedação, diminuição da atividade psicomotora, prejuízo da memória, desinibição paradoxal e comprometimento cognitivo (RANG, 2012). Porém, esses sintomas passam rapidamente com o aparecimento da tolerância, que consiste no estado de adaptação que se desenvolve com o uso repetido, sendo necessário o aumento gradual da dose (LIMA, 2004). O uso de BZDs com álcool e outras drogas depressoras do SNC podem aumentar esses efeitos colaterais, como foi citado anteriormente (GRAEFF, 2005; LEONARD, 2006).

O prejuízo da memória está ligada a memória anterógrada, pois afeta a informação assimilada após a administração. Todos os BZDs causam este efeito, embora o início, magnitude e duração variem de fármaco para fármaco (LIMA, 2004; GRAEFF, 2005).

Os BZDs prejudicam o desempenho psicomotor, a atenção e vigilância, interferindo em atividades que exigem precisão e rapidez de reflexos. Há evidências de que esta piora no desempenho psicomotor causada pelo uso de BZDs está associada ao número de acidentes automobilístico, tanto pelo efeito sedativo quanto

associações com outras drogas (GRAEFF, 2005; KASSAM e PATTEN, 2006).

Apesar de serem fármacos com menor risco de superdosagem em relação a outros fármacos ansiolítico-hipnóticos, os BZDs associados a outros depressores do SNC, principalmente o álcool, podem causar depressão respiratória grave ou até causar a morte (LIMA, 2004). Porém, os BZDs possuem um antagonista eficaz para neutralizar os efeitos de superdosagem aguda, o flumazenil (RANG, 2012).

## **2.6 Dependência**

Um grande problema dos BZDs é o fato de desenvolverem dependência, tanto dependência psicológica, referente diretamente ao comportamento ligado ao uso da droga, quanto à dependência fisiológica, caracterizada por modificações fisiológicas induzidas pelo uso prolongado. A suspensão repentina do tratamento após algumas semanas ou meses pode aumentar os sintomas de ansiedade, juntamente com tremores, tonturas, perda de peso, distúrbios do sono, entre outros (BICCA e ARGIMON, 2008). Por isto se recomenda a retirada gradualmente com redução da dose (RANG, 20012)

## **2.7 Tratamento**

O tratamento com BZDs pode variar de acordo com a indicação clínica, mas sua duração raramente deve exceder 4 a 6 semanas. Há alguns autores que consideram uso crônico acima de 1 ano, porém outros acima de 6 meses. Segundo Voshaar (2006), em sua meta-análise, considerou como uso crônico administração diária por pelo menos 3 meses.

Antes de iniciar o tratamento com o BZDs, os pacientes devem ser alertados sobre os efeitos adversos, decorrente da sedação, evitando dirigir ou operar máquinas que exigiam atenção, pois seu desempenho poderá ser

prejudicado (LIMA, 2004)

Para tratamento de ansiedade devem ser utilizadas doses baixas para evitar sedação excessiva, sendo a dose levemente aumentada até que o efeito terapêutico seja observado. O uso de um BZDs de alta potência como o alprazolam, é indicado para o tratamento da síndrome do pânico sendo outra opção um BZDs que possua meia vida mais longa, como o clonazepam (LIMA, 2004).

No tratamento de insônia transitória, os BZDs podem ser administrados a noite, em doses únicas que dependem da potência do fármaco, porém por períodos curtos ou intermediários. Utilizar-se de medidas primárias para o tratamento da insônia e a aplicação de abordagens não medicamentosa devem sempre anteceder o uso de fármacos (GUIMARÃES, 2005). Em pacientes idosos, devem ser administradas doses menores e fármacos com meia vida longa devem se evitados (LIMA, 2004).

## **2.8 Epidemiologia**

As investigações epidemiológicas de base populacional ainda são limitadas no Brasil, principalmente as relacionadas ao uso de BZDs. Geralmente, os dados de estudo sobre psicofármacos em geral ou até mesmo dados internacionais, são utilizados como auxílio para o planejamento de saúde, por existirem poucas informações nesta área (BARBOSA, 2007)

Segundo Almeida e colaboradores (1994), em seu estudo no rio de janeiro com 1.459 pessoas acima de 13 anos, avaliou o consumo de psicofármacos, e o consumo médio encontrado foi de 5,2% pela população. Sendo que, o consumo predominou em mulheres, idosos, viúvos e divorciados e na população de baixa renda. Entre os psicofármacos consumidos, os BZDs foram os mais consumidos (85.83%), e a maioria das prescrições eram de médicos não especializados em psiquiatria e neurologia.

Em um estudo comparativo com 3.542 indivíduos, Rodrigues e colaboradores também avaliaram o consumo de psicofármacos e encontrou 9,9% de usuários na cidade de Pelotas, RS. Sendo que 74% destes utilizavam as

substâncias a mais de 3 anos.

Em 2010, Firmino, realizou um estudo em Coronel Fabriciano (Minas Gerais) que avaliou adequação das indicações de BZDs prescritos para usuários do serviço público municipal de saúde, além do perfil do paciente que recebeu a prescrição. Foram analisadas 1.866 receitas, sendo que 59,7% eram referentes ao Diazepam 10 mg e o restante ao Clonazepam 2 mg. O consumo foi predominante em mulheres (74,3% da amostra). A idade média dos pacientes foi de 49,75 anos, com cerca de 25% de prescrições para pacientes idosos. Em 50% da amostra, o tempo de tratamento contínuo com BZD foi superior a um ano. As principais indicações relatadas pelos médicos foram como hipnótico (33,8%) e ansiolítico (24,2%), porém 21,9% foram para “uso crônico/dependência”. Verificou-se que cerca de 60% das prescrições de BZD foram consideradas inadequadas, tendo em vista a indicação e o tempo de tratamento.

Huf e cols. (2000) realizaram um dos poucos estudos brasileiros especificamente relacionados ao uso de BZDs, em um centro de convivência para idosos, com 634 pacientes do sexo feminino, com o objetivo de avaliar o uso prolongado desses medicamentos. Em 21,3% das entrevistadas foi observado que o consumo do bromazepam foi mencionado 56,1% das usuárias, seguido do lorazepam, 14,9%, cloxazolam, 7,4% e diazepam, 6,8%. Sendo que o consumo crônico (maior que 1 ano) foi observado em 34,8% das usuárias e 7,4% entre as entrevistadas.

Noto e cols. (2002) realizaram a análise da prescrição e dispensação de psicotrópicos em duas cidades no estado de São Paulo, e encontraram o processamento de 108.215 prescrições, sendo 76.954 de BZDs e 29.930 de anorexígenos. Entre os BZDs, os mais freqüentes foram o diazepam (31.644), bromazepam (16.911) e clonazepam (7.929). As mulheres em geral receberam mais prescrições que os homens, variando de 2 mulheres para cada 1 homem a 3 mulheres para cada 1 homem. Neste estudo pode se concluir que o uso irracional de psicofarmacos é existente no Brasil, entre outras praticas inapropriadas de prescrição e dispensação desses fármacos.

Em outro estudo realizado por Orlandi e cols. em 2005 em São Paulo, foi avaliado a prescrição, dispensação e uso prolongado de BZDs através de informantes-chave no município. A maioria dos entrevistados, neste estudo, relatou a

freqüência de obtenção de prescrição de BZDs por solitação junto ao médico ou sem consulta formal. O uso crônico dessas substâncias entre os usuários foi enfatizado pelos mesmos pela facilidade de aquisição do medicamento e a falta de orientação médica sobre os cuidados necessários durante o tratamento.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no mês de abril de 2007, tornou pública a criação do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), um programa informatizado que monitora a produção, circulação, comércio e uso de medicamentos sujeitos a controle especial. Assim espera-se que o SNGPC, facilite o controle da prescrição e distribuição desses medicamentos, incluindo psicofármacos, evitando fraudes e venda ilícita dos mesmos.

### 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 Tipo de estudo

A pesquisa teve caráter quantitativo e qualitativo.

#### 3.2 População de estudo

A população analisada foi de adultos, mulheres e homens, residentes no município de Cocal do sul, Santa Catarina que fazem uso de BZDs contatados no momento da aquisição na farmácia. Segundo dados do censo de 2010 realizado pelo instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE), o município é formado por pouco mais de 15.000 habitantes, sendo, aproximadamente, 11.000 habitantes com idade superior a 18 anos. Como a farmácia selecionada para o estudo, possui um grande volume de notificações por mês, em torno de 240 notificações mensais. A amostra foi selecionada através de um cálculo estatístico.

#### 3.3 Cálculos de amostragem

O número de pacientes entrevistados, para que a amostra seja estatisticamente representativa, foi determinada a partir da seguinte equação:

—

$n$  = tamanho da amostra a ser calculado

$N$  = Tamanho da amostra (cálculo estimado a partir do número de pacientes que buscam adquirir o benzodiazepínico na farmácia, por mês)

Cálculo para tamanho da mostra ( $n$ ):

$$n = \frac{\dots}{\dots}$$

$$n \cong 15$$

### 3.4 Instrumentos de pesquisa

A pesquisa realizou-se através da análise de notificações de receitas B dispensadas em uma farmácia privada de um município do sul de Santa Catarina e de um questionário (apêndice 1) que continham perguntas sobre os dados sócio-demográficos dos pacientes, o tipo de atendimento médico recebido, particularidades sobre o benzodiazepínico prescrito, orientações recebidas pelo médico, perguntadas de forma aberta e estimulada, apresentando os três principais efeitos colaterais desses medicamentos.

Somente esta farmácia foi incluída no estudo em virtude da grande quantidade de notificações de receitas B recebidas e por se localizar no centro do município em questão, recebendo prescrições de ambos os setores, público e privado. O contato com o estabelecimento foi realizado com o farmacêutico responsável, sendo a ele informado o objetivo do trabalho, quais materiais solicitados, assim como explicitadas as garantias de sigilo para toda e qualquer informação obtida através dos mesmos e o mesmo foi esclarecido aos participantes que concordaram em participar da pesquisa, que assinaram a Declaração de Consentimento Informado (apêndice 2). Porém, salientou-se que a participação era voluntária e o participante possuía plena liberdade em desistir da pesquisa e recusar a prestar informações durante a coleta de dados.

### 3.5 Procedimento experimental

A coleta de dados foi efetuada nos meses de setembro e outubro, para diversificar a amostra, pois segundo a portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, a

dispensação de medicamentos psicotrópicos é feita por um período máximo de dois meses de tratamento por paciente. A amostra foi aleatória, sendo que foi selecionado um dia da semana, onde os clientes que se dirigirem à farmácia com o propósito de adquirir medicamentos BZDs foram esclarecidos sobre o propósito da pesquisa. A escolha dos clientes que foram convidados a participar fundamentou-se na ordem de chegada à farmácia e ao fluxo de atendimento. O questionário foi aplicado nos pacientes que estavam dispostos a participar da pesquisa e a coleta das informações manteve o sigilo da identidade das entrevistadas.

As análises das notificações de receitas B foram realizadas através dos parâmetros estabelecidos em legislação específica por meio de um formulário de avaliação elaborado para este fim, onde foram analisados os seguintes itens:

- Origem da prescrição: setor público ou privado.
- Identificação do emitente: especialidade e inscrição no conselho regional com a sigla da respectiva unidade da federação.
- Identificação do usuário: sexo e endereço.
- Nome do medicamento ou da substância (referência, genérico ou similar).
- Quantidade em arábico e por extenso (sem emenda ou rasura) e forma farmacêutica, dosagem e posologia.
- Data da emissão.
- Os dados foram comparados com as respostas adquiridas no questionário aplicado.

### **3.6 Critérios de inclusão**

Foram incluídas no estudo todas as notificações de receitas B que constavam a prescrição de um benzodiazepínico e que estavam no período de vigência da pesquisa. O questionário foi aplicado em pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, residentes do município em questão, que fazem uso de BZDs e que aceitaram a participar do estudo.

### **3.7 Critérios de exclusão**

Foram excluídas as prescrições que estavam fora do período de vigência desta pesquisa ou constava outra classe de medicamento que não a dos BZDs, e os residentes do município com idade inferior a 18 anos e que não aceitaram participar do estudo.

### **3.8 Análise de dados**

Os dados obtidos nos questionários foram tabulados em planilhas do programa do *Microsoft Office Excel 2007* e analisou as respostas dos indivíduos em estatística descritiva, apontado os percentuais de frequência e estatística inferencial. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

### **3.9 Aspectos éticos**

O estudo foi delineado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e o projeto de estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos, da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sendo registrado sob o número 06799112.7.0000.0119, em 17 de setembro de 2012.

#### 4. RESULTADOS

Foram entrevistados 30 indivíduos usuários de BZDs, no ato da aquisição do medicamento, e a análise da prescrição dos mesmos foi feita posteriormente. Não foi possível realizar um número maior de entrevistas devido ao grande fluxo de pacientes na farmácia em questão. Todos os participantes abordados concordaram em participar. A tabela 3 mostra a distribuição dos usuários de BZDs no município de Cocal do Sul, conforme características socio-demográficas.

Do total dos entrevistados, houve predomínio do sexo feminino em 80% dos usuários, sendo apenas 20% homens. Quanto à idade, 53,4% estavam entre 46-65 anos, seguidos de 33,3% com idade entre 25-45 anos e 13,3% entre 66-85 anos. A maioria (80%) referiu ser casado, enquanto 10% eram divorciados, 6,7% viúvos e 3,3% solteiros. Ao serem questionados sobre as pessoas com quem moravam 93,3% relataram morar com cônjuges ou familiares e 6,7% sozinhos. Durante a aplicação do questionário, vários indivíduos relataram graus de escolaridade incompletos, porém para efeitos práticos padronizou-se em apenas graus completos, para facilitar a interpretação dos resultados. Sendo assim, 56,7% dos indivíduos têm o ensino fundamental completo, seguidos de 30% com ensino médio completo, 10% com ensino superior completo e 3,3% nunca frequentou a escola. Quanto à renda mensal dos entrevistados, 73,3% recebiam entre 1 e 3 salários, seguidos de 20% que não possuem renda, relatando serem do lar. Houve o predomínio da religião católica em 70% dos indivíduos (Tabela 3).

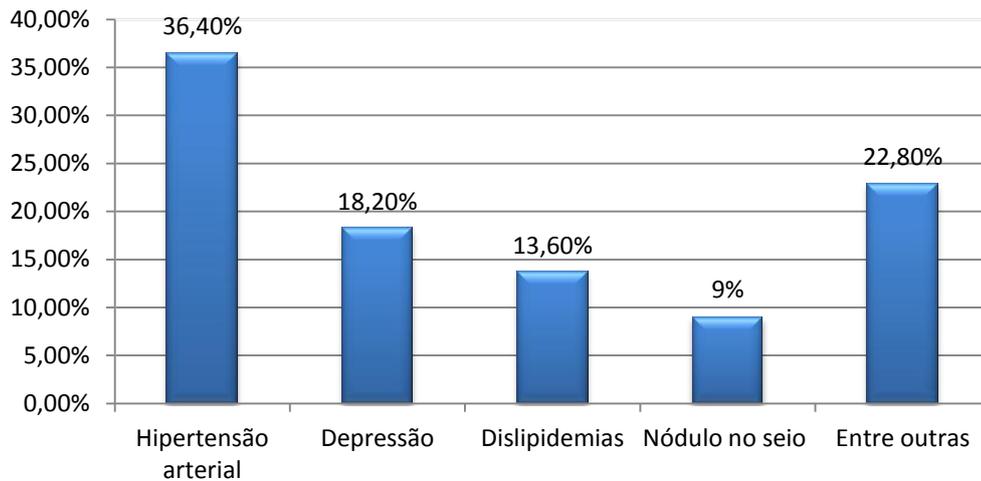
**Tabela 3** - Distribuição dos usuários de BZDs no município de Cocal do Sul, conforme características socio-demográficas

<b>Característica</b>	<b>Usuários de BZDs n (%) Total=30</b>
<b>Gênero</b>	
Feminino	24 (80)
Masculino	6 (20)
<b>Faixa etária</b>	
25-45 anos	9 (30)
46-65 anos	16 (53,4)
66-85 anos	5 (16,6)

<b>Característica</b>	<b>Usuários de BZDs n (%) Total=30</b>
<b>Estado civil</b>	
Casado	24 (80)
Divorciado	3 (10)
Viúvo	2 (6,7)
Solteiro	1 (3,3)
<b>Morar só</b>	
Sim	2 (6,7)
Não	28 (93,3)
<b>Escolaridade</b>	
Nunca frequentou a escola	1 (3,3)
Ensino fundamental completo	17 (56,7)
Ensino médio completo	9 (30)
Ensino superior completo	3 (10)
<b>Renda mensal</b>	
Não possui renda	6 (20)
1-3 salários	22 (73,3)
4-7 salários	2 (6,7)
<b>Religião</b>	
Católico	21(70)
Evangélico	6(20)
Espírita	1 (3,3)
Sem religião	2 (6,7)

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2012

Dentre os pacientes entrevistados 73,4% relataram ter algum problema de saúde atualmente, e referiram a 14 morbidades diferentes conforme demonstrado na figura 3.



**Figura 3** - Morbidades relatadas pelos participantes da pesquisa

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2012

A tabela 4 apresenta como os usuários adquirem as notificações de receita B, quanto ao atendimento médico, especialidade do médico e frequência das consultas. Dos entrevistados, 60% adquirem as notificações de receita B através de atendimentos médicos pelo SUS, seguido de 40% de atendimentos particulares e convênios.

Na análise das notificações de receitas B, houve predomínio de prescrições de psiquiatras (43,3), seguido de 26,7% de médicos das estratégias da saúde da família (ESF) e 23,4% de clínicos gerais. A maioria (60%) da frequência das consultas foi de 2 em 2 meses, seguido das consultas mensais (30%) e das trimestrais (10%)

**Tabela 4** - Distribuição dos usuários de BZDs no município de Cocal do Sul, conforme características da aquisição da notificação de receita B

Característica da aquisição da notificação de receita B	Usuários de BZDs n (%) Total=30
<b>Atendimento médico</b>	
Particular	5 (16,7)
Unimed (convênio)	6(20)
SUS	18 (60)
São Jose (convênio)	1 (3,3)

<b>Característica da aquisição da notificação de receita B</b>	<b>Usuários de BZDs n (%) Total=30</b>
<b>Especialidade do médico</b>	
Geriatra	1 (3,3)
Clínico Geral	7 (23,4)
Psiquiatra	13 (43,3)
Médico do ESF	8 (26,7)
Ginecologista obstetra	1 (3,3)
<b>Frequência das consultas</b>	
Mensal	9 (30)
Bimestral	18 (60)
Trimestral	3 (10)

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2012.

Entre os BZDs utilizados pelos entrevistados, prevaleceu o uso do clonazepam (33,4%), seguidos de 20% utilizam lorazepam e 16,7% utilizam bromazepam, conforme mostra a tabela 5.

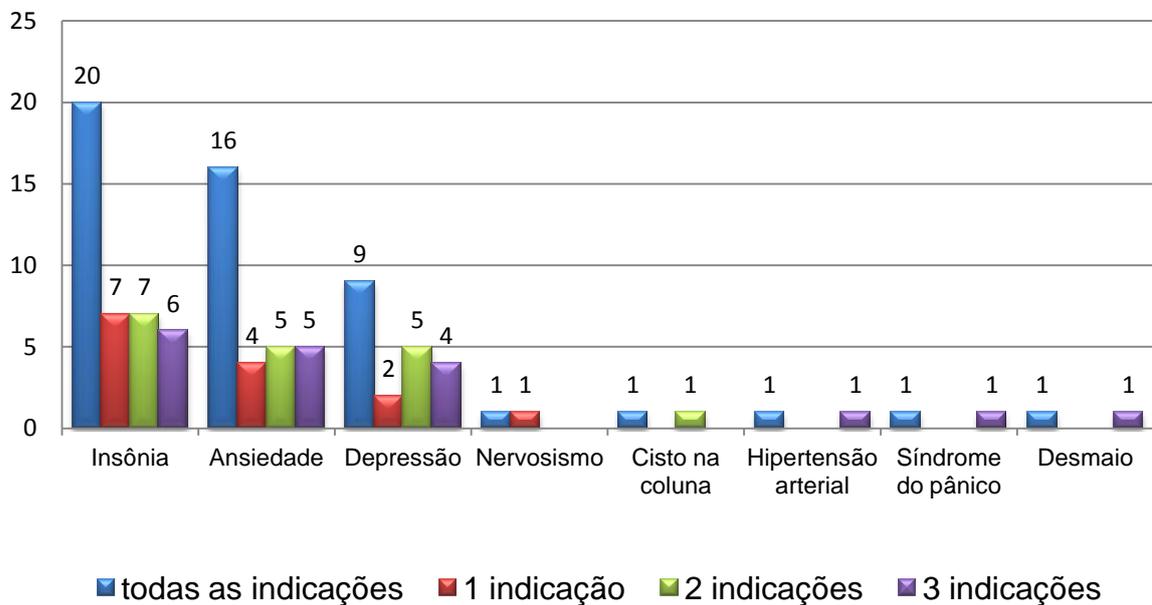
**Tabela 5 - BZDs utilizados pelos usuários**

<b>Benzodiazepínico</b>	<b>Dose (mg)</b>	<b>Total de usuários n(%) Total=30</b>
<b>Clonazepam</b>	0,5	2 (6,7)
	2	8 (26,7)
<b>Lorazepam</b>	2	6 (20)
<b>Bromazepam</b>	3	3 (10)
	6	2 (6,7)
<b>Diazepam</b>	10	4 (13,4)
<b>Alprazolam</b>	0,25	1(3,3)
	0,5	1(3,3)
	1	1(3,3)
<b>Clozazolam</b>	2	1(3,3)
<b>Clobazam</b>	10	1(3,3)

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2012.

Quanto à indicação de uso, a maioria (53,4%) dos entrevistados relatou utilizar para mais de uma indicação e 46,6 % utilizavam para uma única indicação. O número médio de indicações por usuário foi de 1,66. As indicações mais relatadas foram para insônia, ansiedade e depressão.

A figura 4 apresenta o número total (barra azul) de indicações por sintomas, sendo que a barra vermelha indica o número de pacientes que utilizaram o benzodiazepínico somente para uma indicação, seguido da barra verde que indica o número de indivíduos que utilizavam para duas indicações diferentes e a barra lilás que mostra os indivíduos que utilizavam para três indicações diferentes.



**Figura 4** – Número de pacientes por indicações dos BDZs

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2012.

Quanto ao tempo de uso, 73,3% dos entrevistados relataram utilizar continuamente por indicação médica, fazendo uso por anos, variando entre 5 a 15 anos. Entre os entrevistados que utilizam por tempo intermitente (26,7%), já ultrapassam o limite de utilização dos BZDs, descrito na literatura, porém o período de utilização não ultrapassou um ano. (tabela 6)

**Tabela 6** - Tempo de utilização de BZDs pelos entrevistados

Tempo de uso	Número de usuarios de BZD	
	N	%
Contínuo	22	73,3
Intermitente	8	26,7
Total	30	100

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2012.

A tabela 7 mostra a tentativa dos entrevistados em parar com o uso dos BZDs, 70% da população em estudo tentou parar de utilizar enquanto 30% não.

**Tabela 7** - Tentativa de parada do uso de BZDs

Tentativa de parar	Número de usuarios de BZD	
	N	%
Sim	21	70
Não	9	30
Total	30	100

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2012

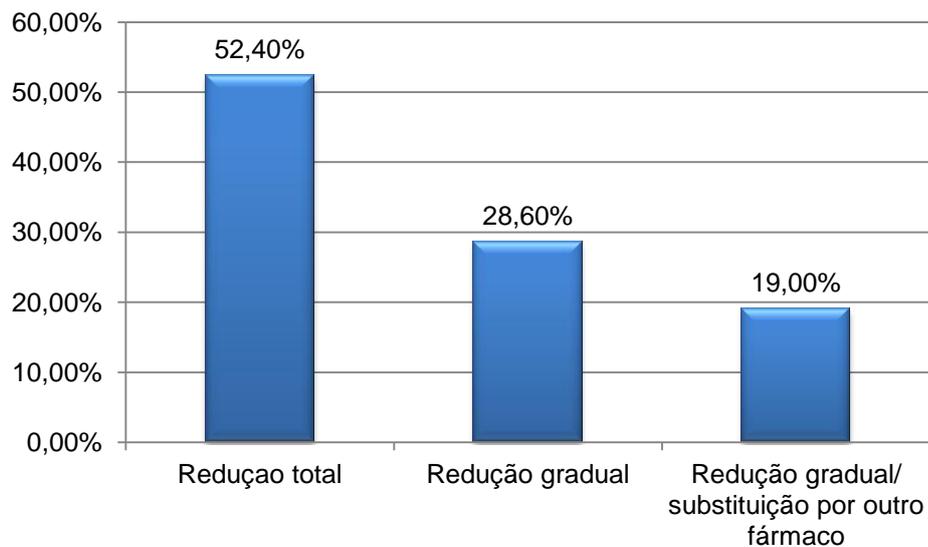
Entre os 70% que realizaram a tentativa de parada, 40% foram por conta própria, pela orientação médica foram 26,7% dos entrevistados e 3,3% teve orientação médica e por conta própria. (tabela 8).

**Tabela 8** - Profissional que orientou a retirada do BZDs

Profissional	Número de usuarios de BZD	
	N	%
Conta própria	12	40
Orientação médica	8	26,7
Conta própria/orientação médica	1	3,3
Total	21	100

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2012

A figura 5 apresenta como o entrevistado procedeu para a retirada do BZDs, sendo que a maioria (52,4%) dos entrevistados optou por retirada total do benzodiazepínico, seguidos de 28,6% optaram por redução gradual da dose e 19% por redução gradual e substituição por outro fármaco não BZDs.



**Figura 5** - Orientação de retirada do uso de benzodiazepínico

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2012

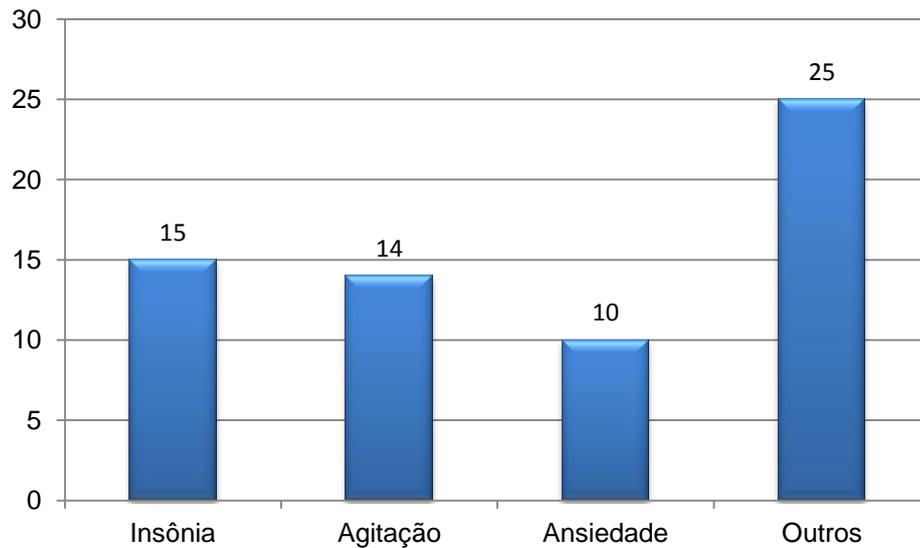
A tabela 10 mostra que 15 (71,4%) dos entrevistados que tentaram parar de utilizar o benzodiazepínico não obtiveram sucesso e 6 (28,6%) obtiveram sucesso. Porém, esses que tiveram sucesso voltaram a reutilizar depois de alguns meses.

**Tabela 9** - Sucesso na tentativa de retirada do benzodiazepínico

Sucesso na tentativa de parar	Número de usuarios de BZD	
	n	%
Sim	6	28,6
Não	15	71,4
Total	21	100

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2012.

Os 30 entrevistados relataram 14 sintomas diferentes na ausência da utilização do benzodiazepínico, e o número médio de sintomas por usuário foi 2,14. A figura 6 demonstra esta distribuição, apresentando os principais sintomas citados.



**Figura 6** - Distribuição dos sintomas apresentados na ausência do medicamento.

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2012.

Quando questionadas sobre sintomas relacionados com o uso do benzodiazepínico, 18 (60%) dos entrevistados relataram não sentir sintomas (tabela 11). Entre os que sentiam algum sintoma, 13,4% dos entrevistados relataram sentir somente perda de memória, 10% somente sonolência e 10% sentirem associação dos dois sintomas (perda de memória/sonolência).

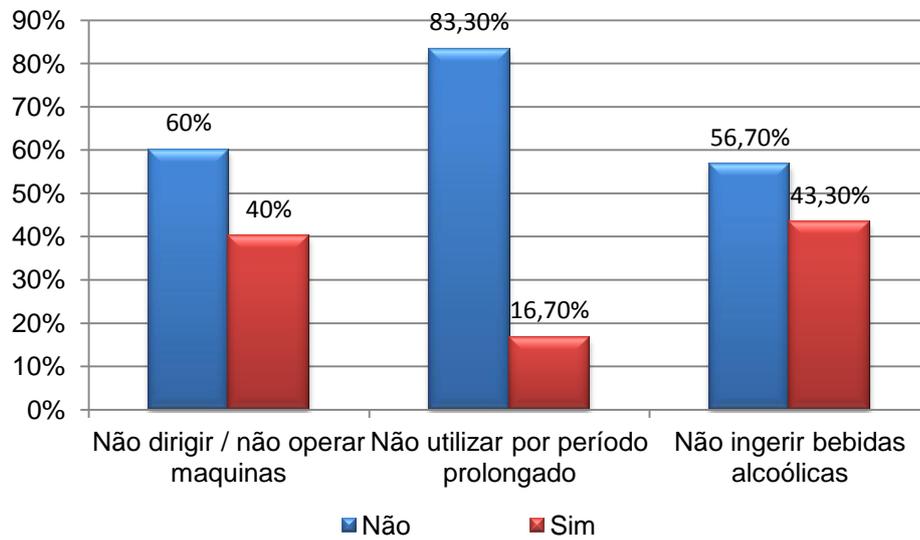
**Tabela 10** – Presença de sintomas na utilização.

Presença de sintomas	Número de usuarios de BZD	
	n	%
Não	18	60
Perda de memória	4	13,4
Sonolência	3	10
Perda de memoria/sonolência	3	10
Perda de memória/sonolência/tontura	1	3,3
Ressaca	1	3,3
Total	30	100

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2012.

A figura 7 apresenta o conhecimento dos entrevistados em relação aos principais orientações que eles devem receber do médico prescritor, sobre o uso de BZDs. Entre os entrevistados, mais que 50 % relatou não ter recebido orientações

necessárias sobre o uso de BZDs.



**Figura 7** - Efeitos colaterais causados pelo uso de BZDs

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2012.

## 5. DISCUSSÃO

Na amostra estudada, houve a prevalência do sexo feminino, atingindo 80% dos usuários. Este dado não discordou de outros artigos relacionados com o uso de BZDs. Rodrigues e cols. (2006) e Noto e cols. (2002), encontraram em seus estudos, relacionando todas as idades, o predomínio de mulheres. Isto pode estar relacionado com o uso de inibidores de apetite por mulheres em associações com os BZDs.

Em relação à idade dos usuários, 53,4% estava entre 46 e 65 anos, o que condiz com literatura (HUF et al,2000; ALMEIDA et al1994), embora a tendência seja em mulheres na faixa dos 60 a 69 anos. É importante considerar que a faixa etária neste estudo foi mais ampla. A maioria dos estudos realizados com o uso de BZDs é realizada com pacientes da terceira idade, o que pode caracterizar a discordância com este estudo.

Foi encontrado um número predominante de usuários casados (80%), concordando com alguns estudos internacionais (NORDON, et al 2009). A maioria relatou residirem com cônjuges ou familiares (93,3%), enquanto 6,7% relataram residirem sozinhos.

Quanto ao nível de escolaridade, 56,7% da amostra tem o ensino fundamental completo o que pode caracterizar que pessoas com baixa grau de escolaridade podem ser usuárias crônicas de BZDs. O nível de renda mensal também pode influenciar na utilização de BZDs, 73,3% recebem entre 1 a 3 salários, sendo que nesta categoria o predomínio foi de um salário por usuário. Isto demonstra uma analogia perigosa, pois pessoas com pouca informação e baixo poder aquisitivo podem estar utilizando medicamentos buscando resolver problemas psicossociais que poderiam ter soluções diferentes (NORDON, 2009).

A religião predominante foi a católica 70%, o que não teve influência no estudo uma vez que a maioria dos habitantes de Cocal do Sul é católica.

A maioria dos entrevistados, 73,4% relatou ter algum problema de saúde atualmente, e referiram a 14 morbidades diferentes, as mais citadas foram hipertensão arterial (36,4%), depressão (18,2%), dislipidemias (13,6%) e nódulo no

seio (9%). Como o presente estudo teve predominância de usuários com faixa etária entre 45 a 65 anos, isto pode ter influenciado nas possíveis morbidades relatadas pelos entrevistados. Pois estas patologias acometem geralmente pessoas entre estas idades.

As notificações de receitas B são adquiridas, na sua maioria, pelo atendimento médico realizado pelo SUS (60%). Outros 40% são adquiridas de atendimentos particulares e convênios. Alguns entrevistados quando questionados sobre a forma de atendimento médico ou especialidade do médico, relataram adquirir as notificações de receita B tanto pelo sistema único de saúde (SUS), quanto particular ou convênios. Porém, os dados contidos na tabela 4 foram padronizados conforme a análise das notificações de receitas B, visualizadas após o momento de aquisição do medicamento.

Houve predomínio de prescrições de psiquiatras (43,3%), seguido de 26,7% de médicos das estratégias da saúde da família (ESF) e 23,4% de clínicos gerais. Noto e cols. (2002), encontrou em seu estudo de análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos, a maioria das prescrições de BZDs eram provenientes de clínicos gerais, discordando dos resultados encontrados neste estudo. A especialidade do médico diverge muitas vezes, dependendo do atendimento médico. Alguns entrevistados relataram adquirirem as notificações de receita B com outras especialidades médicas, sendo as prescrições negligenciadas por tais profissionais. Muitas vezes, os indivíduos que adquirem as notificações de receita B pelo SUS, possuem um dia especial no mês para obterem as receitas com as enfermeiras das unidades, sem mesmo uma consulta previa. O SUS no município de Cocal do Sul possui um programa de saúde mental, com a participação de psiquiatras, o que pode ter relação no número de atendimentos realizados pelo SUS e o predomínio de prescrições de psiquiatras.

A maioria, representando 60% das consultas, eram realizadas a cada 2 meses, sendo que a frequência das consultas respeitou o intervalo de tempo para o tratamento, o que é determinado pela Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, art. 46,

Art. 46 A Notificação de Receita "B" poderá conter no máximo 5 (cinco) ampolas e, para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente no máximo a 60 (sessenta) dias.

§ 1º Acima das quantidades previstas neste Regulamento Técnico, o prescritor deve preencher uma justificativa contendo o CID (Classificação Internacional de Doença) ou diagnóstico e posologia, datar e assinar, entregando juntamente com a Notificação de Receita "B" ao paciente para adquirir o medicamento em farmácia e drogaria.

No estudo em questão, prevaleceu o uso do clonazepam contemplando 33,4% dos entrevistados, seguidos de 20% dos entrevistados que utilizam lorazepam, discordando de alguns estudos. Huf e cols., 2000, encontraram dentre os medicamentos mencionados em seu estudo, 56,1% eram bromazepam, 14,9% lorazepam, e 6,8% diazepam. Noto e cols., 2002, encontrou em seu estudo, uma frequência de quase 100%, na prescrição de diazepam em unidades básicas de saúde e hospitais. Quando ao benzodiazepínico prescrito, os resultados deste trabalho podem estarem subestimados, pois a farmácia pública do município tem padronizado na sua lista de medicamentos o diazepam, e a maioria das prescrições são provenientes de atendimentos realizados pelo SUS. Desta forma, pode-se sugerir um viés experimental importante quando o assunto é o medicamento mais utilizado desta classe.

A maioria dos entrevistados (53,4%) relatou utilizar BDZs para mais que uma indicação. Entre os entrevistados que utilizam apenas para uma única indicação (46,6%), relataram utilizar para insônia ou ansiedade, seguidos dos que utilizam para duas indicações (33,4%), utilizam principalmente para insônia e ansiedade, simultaneamente. Os entrevistados que utilizam para mais de três indicações (20%) relataram utilizar para insônia, ansiedade, depressão, entre outras indicações. Esse achado vão ao encontro do estudo de Simon e cols. (2006), realizado em pacientes idosos, que as indicações mais comuns eram insônia, seguido pela ansiedade.

Em relação ao tempo de uso, 73,3% dos entrevistados relataram serem usuários crônicos, variando entre 5 a 15 nos de uso por orientação médica. Os usuários que utilizam intermitentemente ultrapassam o limite de tratamento descrito na literatura. Alguns estudos (NOTO e ORLANDI, 2005; ZANDSTRA et al., 2002) consideram que o tempo de tratamento superior a 6 meses já caracteriza uso prolongado de BZDs, podendo causar tolerância e dependência, mesmo em doses terapêuticas. Firmino, 2010, observou em Coronel Fabriciano, Minas Gerais, que o

tempo de tratamento médio foi superior a um ano e 50 % dos pacientes estudados utilizaram em tratamentos prolongados (maior de 6 meses).

A tentativa de parar de utilizar o BZDs foi de 70% dos entrevistados, destes 40% tentaram por conta própria e 26,7% por orientação médica. A maioria (52,4%) dos entrevistados optou por retirada total do benzodiazepínico, seguidos de 28,6% optaram por redução gradual da dose e 19% por redução gradual/substituição por outro fármaco não BZDs. Porém, 71,4% dos entrevistados não tiveram sucesso e 28,6% obtiveram sucesso, mas retornaram a utilizar novamente. Firmino, 2010 diz que a retirada do medicamento é dificultada pela resistência do paciente em realizar a mesma. Auchewski e cols. (2004) em seu estudo observou que 42% dos pacientes entrevistados fizeram a tentativa de parar. Porém, somente 6% obtiveram sucesso, e somente 21% dos entrevistados foram informados pelo médico a fazer a retirada gradual.

Entre os principais sintomas na ausência do benzodiazepínico foram relatados insônia (n=15), agitação (n=14) e ansiedade (n=10). Porém, foram relatados 14 sintomas diferentes, sendo que o número médio de sintomas por usuário é superior a dois. Segundo Forsan, 2010, pode se observar o retorno de alguns sintomas psíquicos que promoveram sua indicação. Os sintomas correspondem à ansiedade acentuada, confusão mental, tremores, visão turva e palpitações.

Quando questionadas sobre sintomas relacionados com o uso do benzodiazepínico, 18 (60%) dos entrevistados relataram não sentir sintomas (tabela 10). Entre os que sentiam algum sintoma, 13,4% dos entrevistados relataram sentir somente perda de memória, 10% somente sonolência e 10% sentirem associação dos dois sintomas (perda de memória/sonolência). O uso de BZDs pode apresentar alguns efeitos indesejáveis como sedação, amnésia anterógrada, comprometimento cognitivo e da coordenação. Porém, esses efeitos podem desaparecer rapidamente com o aparecimento da tolerância. (BARBOSA, 2007)

Sobre o conhecimento que o paciente tem em relação aos efeitos colaterais desta classe, a maioria (mais que 50%), relataram não ter recebido nenhuma orientação. Em um estudo que avaliava a orientação médica sobre os efeitos colaterais de BZDs, houve predomínio da orientação “não beber” (85%), seguida do cuidado para operar máquinas e dirigir veículos (46%), e por último, a

orientação sobre o desenvolvimento de dependência (31%), (AUCHEWSKI et al, 2004), discordando dos resultados obtidos nesta pesquisa.

## 6. CONCLUSÕES

O uso irracional de BZDs é um problema de saúde pública. Apesar de serem fármacos seguros, podem apresentar tolerância e dependência após longos períodos de uso e os usuários geralmente desconhecem suas possíveis complicações futuras.

No estudo foi observada uma predominância de mulheres usuárias em relação aos homens, isto pode estar relacionado ao uso de inibidores de apetites. Porém este dado não foi observado neste estudo.

O perfil do usuário em Cocal do Sul, geralmente são mulheres, casadas, entre 45 anos e 65 anos, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo. A maioria tem alguma doença associada, entre elas, as principais são hipertensão arterial e depressão.

A aquisição da receita é realizada muitas vezes pelo SUS, houve predomínio de médicos psiquiatras, porém ao analisar com cuidados os dados obtidos houve predomínio de médicos sem especialidade definida, prescrevendo tais medicamentos. Muitas vezes apenas para satisfazer a dependência dos usuários. Porém, entre as notificações de receita B sempre respeitaram os limites de tratamento, quanto à posologia.

A cronicidade do uso é um fator relevante, pois muitos dos usuários utilizam por mais de 5 anos e começaram a sentir algumas complicações causadas pelo uso prolongado, como a dependência e sintomas específicos, como perda de memória e atenção.

A cronicidade do uso de BZDs de meia vida longa é observada neste estudo, sendo o clonazepam, o fármaco mais indicado entre os usuários. Porém, este dado é subestimado, pois só uma única farmácia privada entrou no estudo. As indicações, geralmente são coerentes com a literatura, a maioria utiliza como hipnótico e ansiolítico.

A retirada do BZDs, não é influenciada pelos médicos. Muitos dos usuários tentam por conta própria, mas não obtêm sucesso pela falta de informações de como realizar a mesma. Pois os sintomas que a síndrome de abstinência causa é pior para os usuários do que a própria dependência causada pelo BZDs. A orientação de retirada a estes usuários poderia ser influenciada pelo farmacêutico na

hora de aquisição do medicamento. Pois este profissional é capacitado e pode fornecer todas as informações necessárias.

A falta de orientação ao paciente é observada neste estudo, sendo um dos grandes fatores que contribui para futuras complicações e para o uso irracional desta classe.

Existe a necessidade de mais estudos relacionados com o uso desta classe, principalmente quanto ao uso prolongado, pois a mesma apresenta efeitos perigosos ao usuário, como também a orientação e educação continuada aos profissionais da saúde em todas as especialidades a respeito do uso, tolerância, dependência e efeitos colaterais.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S.; PEPE, V. L. Consumo de psicofarmacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 5-16, jan/mar. 1994.

ANDREATINI, R.; BOERNGEN-LACERDA, R.; ZORZETTO FILHO, D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. **Revista Brasileira Psiquiatria**, Curitiba, v. 23, n.4, p. 233-242, dez. 2001.

AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 24-31, mar. 2004.

AUSTIN M. P, MITCHELL P. B. Psychotropic medications in pregnant women: treatment dilemmas. **Medical Journal of Australia**, Sidney, v. 169, n. 8, p.428-31, oct. 1998;

BARBOSA, E. A. J. **Prevalência do uso de benzodiazepínicos nos idosos residentes na comunidade do pântano do Sul, em Florianópolis, Santa Catarina**. 2007. 54 f. Monografia (Trabalho de conclusão do Curso de Medicina)-Curso de graduação em medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BICCA, M. G. **Habilidades cognitivas em idosas usuárias de benzodiazepínicos**. 2007. 94 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

BICCA, M. G; ARGIMON, I. I. L. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p 133-138. 2008

BRASIL. Ministério da saúde. **O uso dos psicofármacos na clínica**. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Saúde Mental. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da saúde. **Normas para prescrições e vendas de psicofármacos**. Portaria da secretaria da vigilância sanitária do ministério da saúde. N.º 344. Belo horizonte: Ministério da saúde. 1998.

CHARNEY, D.S; MIHIC, S. J; HARRIS, R.A. Hipnoticos e sedativos. In GOODMAN, L. S; GILMAN, A; BRUNTON, L. L. **Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica**. Rio de Janeiro, 2006, 11ª ed. p. 359-381.

FIRMINO, K. F. **Benzodiazepínicos: um estudo da indicação /prescrição no município de Coronel Fabriciano–MG - 2006**. 108 f. Dissertação (Especialização em atenção básica em saúde da família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FIRMINO, K. F. et al. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p.157-166, 2012

FORSAN, M. A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise critica das praticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. 2010**. 26 f. monografia (Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2010.

GRAEFF F. G. Medicamentos ansiolíticos. In: GRAEFF, F. G; GUIMARÃES, F. S. **Fundamentos de psicofarmacologia**. São Paulo, 2005. p 123-160.

HUF, G; LOPES, C; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n. 2, p. 351-362, abr/jun. 2000.

GUIMARÃES, F. S. Medicamentos hipnóticos. GRAEFF, F. G; GUIMARÃES, F. S. **Fundamentos de psicofarmacologia**. São Paulo, 2005. p 123-160.

KASSAM, A; PATTEN, S. B. **Hypnotic use in a population-based sample of over thirty-five thousand interviewed Canadians.**, Canadá, v. 15, n. 4, p. 1-5. 2006. Disponível em: <<http://www.pophealthmetrics.com/content/4/1/15>> Acesso em: 18 maio 2012.

LEONARD, B. E. **Fundamentos em psicofarmacologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. 432 p.

LIMA, Darcy Roberto. **Manual de farmacologia clínica, terapêutica e toxicologia**:2004. São Paulo: Medsi, 2004. 2215 p.

LONGO, L. P. e JOHNSON B. Addiction: Part I. Benzodiazepines—Side Effects, Abuse Risk and Alternatives. **American family Physician**. v. 61, n. 7, 2000. Disponível em: < <http://www.aafp.org/afp/2000/0401/p2121.html> >. Acesso em: 18 maio 2012.

MARANGELL, Lauren B. et al. **Psicofarmacologia**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 220 p

MARCOLIM, M. **A Interações farmacológicas com drogas psiquiátricas**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1998. 408 p.

NOMURA, K. Regular Prescriptions for Benzodiazepines: A Cross-Sectional Study of Outpatients at a University Hospital. **Internal medicine: The Japanese Society of Internal Medicine**, v. 45, n. 22, p. 1279-1283, 2006.

NORDON, D. G, et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v.31, n.3, p. 152-158, set/dec. 2009.

NOTO A. R, et al. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 2, p. 68-73, jan. 2002.

NUTT, D. J, MALIZIA, A. L. New insights into the role of the GABA(A)-benzodiazepine receptor in psychiatric disorder. **The british journal of Psychiatry**. Bristol, v. 179, p. 390-396, nov. 2001

ORLANDI, P. e NOTO A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de são Paulo. **Revista Latino americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. especial, p. 896-902, set./out. 2005.

RANG, H. P; DALE, M. M. **Rang & Dale farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 778 p.

RODRIGUES, M. A. P; FACCHINI, L.A; LIMA, M. S. D. Modificações nos padrões de consumo de psicofarmacos em localidade do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Publica**. São Paulo, v. 40, n. 1, p. 107-114, jan/fev. 2006.

SANTOS, D. V. D. **Uso de psicotrópicos na atenção primária no distrito sudoeste de campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada**. 2009. 96 f. Dissertação (Mestrado de saúde coletiva) - Departamento de medicina preventiva e social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

SILVA J. A. C. Historia dos benzodiazepínicos. In: Bernik M.A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. São Paulo, 1999. p. 15-28.

SIMON, G.E, LUDMAN, E.J. Outcome of new benzodiazepine prescriptions to older adults in primary care. **General Hospital Psychiatry**. Seattle, v. 28, n. 5, p. 374-378, sep/oct. 2006. 2006.

THORNTON, M.G.A. e LIMA, I. V. Barbitúricos e benzodiazepínicos. In OGA, S., ZANINI, A. C. **Fundamentos de toxicologia**. São Paulo, 2003. p. 261-269.

VOSHAAR, R. C. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. **The british journal of Psychiatry**. Netherlands, v. 189, p. 213-220, sep. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Use of concordance to improve patient adherence. Rational use of medicines**. WHO Drug Information. v.21, n. 1021, 2007 a. Disponível < <http://www.who.int/druginformation>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

ZANDSTRA SM, et al. Long-term benzodiazepine users in family practice: differences from short-term users in mental health, coping behaviour and psychological characteristics. **Family Practice**. Oxford, v. 21, n. 3, p. 266-269, jun. 2004.

**APÉNDICE(S)**

**APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO****QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DO USO DE  
BENZODIAZEPÍNICOS**

1. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
2. Idade: \_\_\_\_ Anos
3. Religião: \_\_\_\_\_
4. Estado Civil:  
( ) Solteiro  
( ) Casado  
( ) Divorciado  
( ) Viúvo  
( ) Outro: \_\_\_\_\_
5. Condição sócio-econômica em salários mínimos:  
( ) 1 a 3 ( ) 4 a 7 ( ) 8 a 10 ( ) + que 11
6. Grau de instrução:  
( ) Nunca frequentou Escola  
( ) 1o Grau - Completo  
( ) 2o Grau - Completo  
( ) 3o Grau – Completo
7. Pessoas que residem no local: \_\_\_\_\_
8. Tem algum problema de saúde atualmente?  
( ) NÃO  
( ) SIM Qual(Ais)? \_\_\_\_\_
9. Atendimento médico:  
( ) Particular ( ) SUS  
( ) Outro Convênio/ Qual? \_\_\_\_\_
10. Especialidade do médico prescritor:  
( ) Clínico Geral  
( ) Psiquiatra  
( ) Médico Do PSF  
( ) Farmacêutico  
( ) Outros: \_\_\_\_\_
11. Qual a freqüência das consultas:

- Semanal
  - Quinzenal
  - Mensal
  - Outro: \_\_\_\_\_
- 12.** Por que utiliza(m)?
- Ansiedade
  - Depressão
  - Insônia
  - Epilepsia
  - Outros: \_\_\_\_\_
- 13.** Qual o benzodiazepínico indicado?
- \_\_\_\_\_
- 14.** Dose: \_\_\_\_\_
- 15.** Número de doses ao dia: \_\_\_\_\_ horário das doses: \_\_\_\_\_
- 16.** Obteve melhora dos sintomas após o início da utilização do medicamento(s)?
- NÃO  SIM
- 17.** Por quanto tempo o médico indicou o uso dessa medicação?
- 30 dias
  - 60 Dias
  - 90 Dias
  - 120 Dias
  - Outros: \_\_\_\_\_
- 18.** O uso é?
- Contínuo
  - Intermitente
- 19.** Já alterou / teve a(s) dose(s) aumentada por algum motivo?
- NÃO  SIM
- Se sim, qual profissional à orientou?
- Orientação Médica
  - Por Conta Própria
  - Farmacêutico
  - Outros: \_\_\_\_\_
- 20.** Já tentou parar de usar o medicamento?
- NÃO  SIM
- Se sim, qual profissional a orientou?

- ( ) Orientação Médica
- ( ) Por Conta Própria
- ( ) Farmacêutico
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**21.** Se houve orientação para parar, como foi essa:

- ( ) redução gradual
- ( ) substituição por outro medicamento. Qual? \_\_\_\_\_
- ( ) associação com outra medicação. Qual? \_\_\_\_\_

**22.** A tentativa de parar teve sucesso?

- ( ) NÃO( ) SIM

Descreva como foi:

---

---

---

**23.** Ocorre o aparecimento de algum(s) sintoma(s) se não utiliza o(s) medicamento(s)?

- ( ) NÃO( ) SIM
- ( ) Insônia ( ) Ansiedade ( ) Depressão ( ) Agitação ( ) Convulsão
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**24.** Tem algum(ns) sintoma(s) quando utiliza o(s) medicamento(s)?

- ( ) NÃO( ) SIM
- ( ) Perda de memória
- ( ) Sonolência
- ( ) Quedas
- ( ) Acidentes
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**25.** Quais as orientações recebidas do médico que prescreveu esse medicamento?

---

---

---

---

**26.** O médico orientou para você não dirigir, não operar máquinas, etc?

- ( ) NÃO( ) SIM

Se sim, essa orientação ocorreu no início ou durante todo o tratamento?

( ) Início ( ) Durante

**27.** O médico orientou para não usar por período prolongado este medicamento?

( ) NÃO ( ) SIM

**28.** O médico alertou para não consumir bebidas alcoólicas durante o tratamento?

( ) NÃO ( ) SIM

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Estamos realizando um projeto de pesquisa referente ao projeto intitulado “Análise Da Prevalência Da Utilização De Benzodiazepínicos Em Um Município Do Sul De Santa Catarina.”

O (a) sr(a). foi plenamente esclarecido de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos é determinar a prevalência do consumo de benzodiazepínicos pela população usuária no município de Cocal do Sul, Santa Catarina e avaliar a adequação das indicações clínicas desses medicamentos.

Embora o (a) Sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) Sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

**A coleta de dados será realizada pela acadêmica Raquel Silveira Bettiol (fone: (48) [REDACTED]) da 9ª fase da Graduação de Farmácia da UNESC e orientado pelo professor Dra. Silvia Dal Bó (fone: (48) [REDACTED]). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.**

Criciúma (SC) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

**Assinatura do Participante**