



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ANA CAROLINA WELTER

**USOS E EFEITOS DOS BENZODIAZEPÍNICOS
NA VISÃO DE USUÁRIOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Florianópolis (SC)
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Ana Carolina Welter

**USOS E EFEITOS DOS BENZODIAZEPÍNICOS
NA VISÃO DE USUÁRIOS**

Dissertação de Mestrado apresentada a Banca Examinadora do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Professora Dra. Sandra Caponi

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde

Linha de Pesquisa: Epistemologia e Saúde.

Florianópolis
2012

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.**

Welter, Ana Carolina

Usos e efeitos dos benzodiazepínicos na visão de usuários [dissertação] / Ana Carolina Welter ; orientadora, Sandra Caponi - Florianópolis, SC, 2012.

84 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Benzodiazepínicos. 3. Medicalização da vida. 4. Dependência. I. Caponi, Sandra. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.



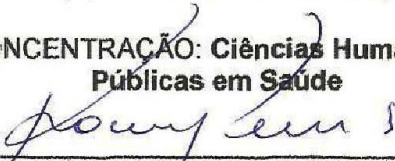
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

“Usos e efeitos dos benzodiazepínicos na visão de usuários”.

Ana Carolina Welter

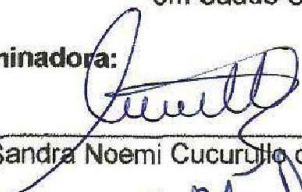
ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas
Públicas em Saúde**




Profa. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:



Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi (Presidente)



Profa. Dra. Leny Alves Bomfim Trad (Membro Externo)



Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Membro Titular)

Profa. Dra. Myriam Raquel Mitjavila (Suplente)

À minha família,
pelo amor incondicional
Ao meu amor, Pedro, por estar
sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha orientadora, Sandra Caponi, que permitiu que eu entrasse no mundo acadêmico, realizando um dos meus maiores sonhos. Obrigada por tanta gentileza com a qual sempre fui acolhida, desde as primeiras aulas e orientações, que sempre foram para mim como injeções de ânimo. Estes momentos, admirando os livros do escritório e escutando as suas palavras, sempre estarão na minha memória. Tenho orgulho de dizer que fui orientada por Sandra Caponi.

A Fabíola Brozowski faço um agradecimento especial, pois sempre esteve presente em todos os momentos em que precisei, a qualquer hora. Seus conselhos sempre me fizeram ir pelo melhor caminho, e foi muito por conta dela que consegui passar por momentos difíceis no mestrado. Você é um exemplo pra mim!

Não posso deixar de lembrar minha professora de Saúde Pública na graduação, Rosana Izabel dos Santos, que me apresentou o mundo da Saúde Coletiva e pelo qual me apaixonei. Obrigada pelos textos difíceis e inspiradores, e por nos mostrar o que é o SUS.

Ao pessoal da Farmácia Escola, onde aprendi o SUS na vida real. Especialmente à Aline Foppa, que me apresentou a melhor forma de ser uma farmacêutica, que se tornou uma amiga muito querida. À professora Celinha, pelas oportunidades, pelos projetos maravilhosos que participei e por acreditar em mim.

Aos meus amigos que sempre torceram por mim, e me fizeram acreditar no meu potencial. Especialmente a minha amiga Aline, que nunca deixou de me telefonar, por mais distante que estivesse, e pelo apoio e amor que sempre senti de você! À minha pikki.

Agradeço imensamente ao meu amor, Pedro, que ficou ao meu lado em todos os momentos, entendendo as preocupações e fazendo com que elas fossem embora com um simples olhar. Obrigada pelas palavras, pelas ajudas, pelas leituras, pelas reflexões que só você sabe fazer. Obrigada por ser o meu amor, minha vida.

À minha família, não existem palavras para descrever a felicidade que tenho de ter nascido nesta família. Os caminhos que trilhei, os sonhos que alcancei, a pessoa que sou hoje, se devem graças à meus pais e minha irmã, que são meus orgulhos. Obrigada por me jogar no mundo, pelos carinhos ao retornar para casa, pelas conversas e conselhos. Vocês são os melhores pais e melhor irmã do mundo.

Às pessoas mais importantes da minha vida, meus pais, minha irmã, meu amor.

RESUMO

Os benzodiazepínicos iniciaram sua comercialização na década de 1960. Por possuírem maior segurança que os barbitúricos, rapidamente tornaram-se os medicamentos mais prescritos para transtornos de ansiedade e do sono. São utilizados como hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares, ou anticonvulsivantes, e entram na classificação de psicotrópicos, pois podem gerar dependência física e/ou psíquica. Apresentam uma série de efeitos adversos, sendo que os mais comuns são sonolência, sedação, fraqueza muscular, ataxia. Os mais graves podem gerar amnésia, comprometimento cognitivo, problemas psicomotores, além de dependência. São recomendados para tratamentos de curto prazo, até quatro semanas, porém verifica-se que muitos usuários fazem uso contínuo, por mais de seis meses. O presente trabalho buscou compreender os motivos pelos quais os sujeitos iniciam o tratamento com este tipo de medicamento e porque mantém o uso contínuo, assim como os efeitos experimentados durante o uso e investigar tentativas de suspensão destes medicamentos e como se dá esse processo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com base em entrevistas em profundidade semi-estruturadas. Foram entrevistados cinco usuários, participantes de um grupo de acompanhamento de uso de medicamentos psicotrópicos, de um Centro de Saúde de Florianópolis – SC. Apesar das recomendações de tratamentos curtos, os entrevistados fazem uso contínuo do medicamento. As motivações que levaram os indivíduos a procurarem a ajuda médica apareceram primeiramente como diagnósticos como ansiedade, depressão, problemas psiquiátricos. Porém, depois de indagações mais profundas acerca dos sentimentos, a unanimidade com relação aos problemas da vida foi vista entre os participantes. Em geral, os problemas cotidianos têm grande importância e significado. Percebe-se um processo de medicalização da vida destas pessoas, que não conseguem mais lidar com situações adversas ou até normais da vida. Apesar de serem verificados efeitos adversos nas falas dos sujeitos, os mesmos tiveram a tendência de negar, subestimar ou desconsiderar os efeitos decorrentes da terapia, talvez por não entenderem que estes sintomas sejam efeitos adversos ao medicamento. Os efeitos experimentados quando há retirada dos benzodiazepínicos evidenciam sinais de abstinência, como ansiedade rebote, palpitações, problemas psicomotores, vertigem, tremores. O processo de diminuição da dosagem com o objetivo de total abstinência é difícil, gera sintomas desagradáveis que podem fazer com

que o indivíduo se torne resistente a novas tentativas, apesar de os sujeitos terem consciência da sua importância. Para que possam ser criadas estratégias de intervenção e prevenção com relação ao uso contínuo de benzodiazepínicos é preciso entender o que usuários destes medicamentos sentem e pensam sobre seu tratamento, sobre como lidar com os problemas da vida. O uso contínuo de benzodiazepínicos gera danos muitas vezes irreversíveis, devendo ser utilizados de forma consciente, avaliando-se os benefícios e principalmente os riscos deste tipo de tratamento.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Medicalização da Vida. Dependência.

ABSTRACT

Benzodiazepines were first marketed in the 1960s. Because they have greater security than barbiturates, quickly became the most prescribed medications for anxiety and sleep problems. They are used as hypnotics, anxiolytics, muscle relaxants, or anticonvulsants, and enter the classification of psychotropic drugs, because they can generate physical and/or psychological dependence. They have a number of adverse effects, and the most common are somnolence, sedation, muscle weakness, ataxia. The most severe can cause amnesia, cognitive impairment, psychomotor problems and dependence. They are recommended for short-term treatments, up to four weeks. But appears that many users do continuous use, for more than six months. This study sought to understand the reasons for which individuals start treatment with this type of medication and why they maintain regular use, the effects experienced during use and investigate attempts to suspend these medicines and how this process takes place. This is a qualitative research based on in-depth semi-structured interviews. Five users participating in a group of accompaniment of psychotropic medications in a Health Centre in Florianópolis – SC, were interviewed. Despite recommendations for, and respondents make continuous use of the drug. The motivations that led individuals to seek medical help first appeared as diagnosis such as anxiety, depression, psychiatric problems. But after deep questions about feelings, unanimity with respect to the problems of life was seen among participants. In general, everyday problems have great importance and significance. It is possible to perceive a process of medicalization of life of these people, who can no longer cope with adverse or even normal situations of life. Although adverse effects were observed during the interviews, such as drowsiness, dizziness, fall, dry mouth, memory problems, individuals tended to deny, ignore or underestimate the effects of therapy, perhaps because they do not understand that these symptoms are adverse effects to the drug. The effects experienced during withdrawal of benzodiazepines showed signs of abstinence syndrome, such as rebound anxiety, palpitations, psychomotor problems, vertigo, tremor. The process of lowering the dose with the goal of total abstinence is difficult, generates unpleasant symptoms that may cause the individual to become resistant to new attempts, although the subjects were aware of its importance. To create strategies for intervention and prevention regarding continuous use of benzodiazepines is necessary to understand what users of these drugs

feel and think about their treatment, about dealing with life's problems. The continuous use of benzodiazepines causes damage often irreversible and must be used consciously, evaluating the benefits and risks of this particular type of treatment.

Keywords: Benzodiazepines. Medicalization of Life. Dependence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Prevalências dos transtornos de ansiedade na Europa, estimativa em 12 meses, segundo estudo meta-analítico ³⁶	34
Tabela 2- Sujeitos de pesquisa de acordo com nome fictício, sexo, idade, ocupação, tipo de benzodiazepínico e tempo de uso.	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OS BENZODIAZEPÍNICOS	17
1.2 USO DE BENZODIAZEPÍNICOS	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 LEIS, NORMATIVAS E CONSUMO.....	23
3.2 OS BENZODIAZEPÍNICOS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS – SC.....	25
3.3 MEDICALIZAÇÃO.....	27
3.4 DOENÇAS TRATADAS.....	31
3.4.1 Transtornos de ansiedade	33
3.4.2 Distúrbios do sono	36
3.5 EFEITOS ADVERSOS	38
3.6 DEPENDÊNCIA, TOLERÂNCIA E ABSTINÊNCIA.....	39
3.6.1 Sobre o diagnóstico de dependência	41
4 METODOLOGIA	45
4.1 PERCURSO METODOLÓGICO	45
4.2 CAMPO DE PESQUISA E SUJEITOS DE PESQUISA.....	45
4.3 TRATAMENTO DOS DADOS.....	49
4.4 CUIDADOS ÉTICOS	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
7 ARTIGO CIENTÍFICO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	81
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 OS BENZODIAZEPÍNICOS

Os medicamentos fazem parte da história e cultura humanas, empregados para diminuir a dor e o sofrimento. As primeiras formas medicamentosas iniciaram-se pela utilização de ervas, minerais e animais, caracterizando-se uma época pré-técnica¹. A partir do século XIX evidencia-se certa evolução nas ciências, com o surgimento dos primeiros barbitúricos, arsenicais e insulina. Porém, somente após a Segunda Guerra Mundial é que ocorre um grande desenvolvimento de novos fármacos, como as sulfamidas, fenitoína e muitos dos antibióticos utilizados atualmente¹.

Os benzodiazepínicos são fruto de uma reação química não planejada pelos laboratórios de Hoffmann la Roche, sendo sintetizado por acaso o clordiazepóxido em 1960². Em 1961 houve a síntese do diazepam (Valium[®]), e rapidamente os benzodiazepínicos se tornaram o tratamento de escolha para transtornos de ansiedade, substituindo os barbitúricos, que apresentavam grandes efeitos colaterais³. Reconhecida a sua atividade farmacológica, rapidamente tornaram-se umas das substâncias mais prescritas em todo o mundo², e em 1969, o Valium[®] era o medicamento mais prescrito nos Estados Unidos⁴.

Esta classe terapêutica atua sobre os receptores GABAA (receptor para o ácido gama-aminobutírico - GABA), mediadores da transmissão sináptica inibitória rápida do sistema nervoso central (SNC), aumentando a afinidade do GABA (neurotransmissor) pelo receptor. O ácido gama-aminobutírico (GABA) é um neurotransmissor que possui função inibitória, atenuando as reações serotoninérgicas responsáveis pela ansiedade². O GABAA é o principal receptor GABA no cérebro, um canal de cloreto inserido na membrana celular, mediador de grande parte da neurotransmissão inibitória rápida do SNC. Os benzodiazepínicos ligam-se ao complexo receptor/canal iônico de forma direta, e modulam de forma alostérica a sua atividade, aumentando a quantidade de corrente de cloreto gerada pela ativação do receptor, potencializando os efeitos do GABA no sistema nervoso⁵. A ligação do GABA ao seu receptor permite que íons de cloro (com carga negativa) entrem na célula pelo canal central de tal receptor. Em consequência disto, o balanço iônico intra/extracelular afeta a polarização da membrana, o que gera potencial de ação⁶.

O termo benzodiazepínico se dá pela presença de um anel benzeno fundido a um anel diazepínico de sete átomos, uma parte da estrutura destas drogas. Qualquer benzodiazepínico importante possuirá um substituinte 5-arílico e um anel 1,4-diazepina, e as diferentes modificações introduzidas nesta estrutura deram origem aos diferentes compostos com atividades semelhantes⁵.

As utilizações dos benzodiazepínicos podem ser intercambiáveis, como é o caso do uso do diazepam para a abstinência do álcool, e a constatação de que a maioria dos componentes desta classe são hipnóticos⁵.

Existem cerca de cem medicamentos a base de benzodiazepínicos no Brasil⁷ e alguns exemplos incluem diazepam (Valium[®]), bromazepam (Lexotan[®]), clonazepam (Rivotril[®]), clobazam (Frisium[®]), estazolam (Noctal[®]), flurazepam (Dalmadorm[®]), flunitrazepam (Rohypnol[®]), lorazepam (Lorax[®]), nitrazepam (Sonebom[®]) e o aprazolam (Frontal[®]).

1.2 USO DE BENZODIAZEPÍNICOS

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos⁸, o medicamento é definido como o “produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico”, considerado eficaz quando é capaz de “atingir o efeito terapêutico visado”⁸. Utilizados de forma racional, contribuem para uma correta atenção à saúde da população. Ao contrário, o uso incorreto traz prejuízos à saúde humana⁹.

Os benzodiazepínicos são medicamentos psicotrópicos, pois podem gerar dependência física ou psíquica¹⁰, e são utilizados como sedativos, relaxantes musculares, hipnóticos, ansiolíticos ou anticonvulsivantes¹¹.

Um estudo realizado por Ribeiro et al.¹² em cinco unidades básicas de saúde do município de Campinas, São Paulo, descreveu o perfil de usuários crônicos de diazepam (determinado pelo estudo como uso contínuo por no mínimo 36 meses). O uso crônico foi observado com maior frequência em mulheres com mais de quarenta anos de idade, e a maioria dos usuários pesquisados eram mulheres com idade média de 57,6 anos, pertencentes aos estratos socioeconômicos C, D e E (de acordo com as definições do IBGE)¹².

Em 2005 foi realizado o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes. O estudo mostrou que as maiores porcentagens de

uso de benzodiazepínicos na população estudada foram encontradas entre mulheres com faixa etária igual ou maior que 35 anos. As mulheres são as maiores consumidoras, apresentando uma proporção aproximada frente aos homens de 2:1. A dependência de benzodiazepínicos na população geral foi de 0,54%, sendo que as mulheres apresentaram uma prevalência cinco vezes maior que os homens¹³.

Os medicamentos aparecem em primeiro lugar no ranking de intoxicações humanas por substâncias químicas no Brasil, representando 30,31% do total de casos de intoxicações em 2007. Apresentam-se em segundo lugar em relação ao número de óbitos por intoxicação, perdendo para os agrotóxicos de uso agrícola, sendo que em 66,67% dos casos de intoxicação a circunstância envolvida foi a tentativa de suicídio. As mulheres registraram o dobro de casos de óbito por intoxicação medicamentosa do que os homens¹⁴. Segundo o Centro de Controle de Intoxicações de Campinas¹⁵, os benzodiazepínicos configuraram, entre os casos atendidos, a classe terapêutica com o maior número de casos de intoxicação por medicamentos, com uma representação de 17% do total de casos¹⁵.

Um estudo realizado em duas cidades do estado de São Paulo em 1999, sobre a prescrição e a dispensação de medicamentos narcóticos e psicotrópicos, revelou que os benzodiazepínicos representaram cerca de 72% das prescrições, seguidos pelos anorexígenos, opiáceos e opióides. Segundo os autores, o Brasil possui uma tendência à utilização irracional de medicamentos narcóticos e psicotrópicos¹⁶.

Os benzodiazepínicos podem levar à tolerância física e dependência física e psicológica. A suspensão do medicamento pode ser seguida de recaída, ansiedade rebote e sintomas de abstinência. A dependência psicológica é caracterizada pela ansiedade em relação à droga, o que pode levar a um comportamento de procura de drogas. A dependência física ocorre quando o medicamento é interrompido e os sintomas de abstinência aparecem. Há implicações em acidentes de trânsito pois prejudicam o tempo de reação e da função psicomotora. Por estes motivos, os benzodiazepínicos encontram-se sob controle internacional, regulados pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (Convention on Psychotropic Substances) realizada em 1971³.

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado no ano de 2005, aponta para o problema da utilização de medicamentos sem prescrição médica e da facilidade da sua aquisição, mesmo sendo necessária a apresentação da

prescrição médica para tal. Por comparação, feita em relação ao primeiro estudo realizado em 2001, houve aumento do consumo destes medicamentos, de 3,3% para 5,6%¹³.

Existe, ainda, uma necessidade de explicar biologicamente comportamentos que a sociedade considera indesejáveis, entre eles a depressão, transtornos de ansiedade, o alcoolismo e os transtornos de atenção. Esta necessidade surge, pois, se é possível identificar uma causa biológica para tais “situações”, então haverá um tratamento farmacológico ou médico, que atuará na resolução da mesma¹⁷. Desta forma, os conhecimentos médicos são considerados verdades no sentido da ação em relação à doença, e o profissional médico acredita realizar o diagnóstico e prescrever o tratamento com base nos saberes científicos. O doente por sua vez, acredita na versão médica, considerando-a a verdade¹⁸.

Opera na sociedade, um processo histórico, social e cultural frente aos medicamentos alopáticos, que ganham representações e significados, existindo ainda, uma disseminação dos conhecimentos médicos com a transformação dos termos médicos de acordo com a realidade social de cada indivíduo¹¹.

Desta maneira, verifica-se a necessidade de estudos sobre esta classe farmacológica, visando a contribuição para o seu uso racional e a compreensão dos processos pelos quais exercem grande influência na vida das pessoas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as narrativas de usuários de benzodiazepínicos participantes de um grupo de acompanhamento de uso de medicamentos psicotrópicos sobre seus usos e efeitos, em um Centro de Saúde do Município de Florianópolis, no ano de 2012.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender a partir destas narrativas, os motivos pelos quais as pessoas começam a utilizar estes medicamentos e porque fazem uso contínuo;
- b) Identificar, junto aos usuários de benzodiazepínicos, os efeitos experimentados durante o seu uso;
- c) Investigar tentativas de suspensão e como se dá este processo, assim como verificar os efeitos decorrentes da diminuição da dose ou retirada do medicamento;
- d) Apontar de que modo os entrevistados se defrontam com o uso do medicamento, e com o problema da dependência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 LEIS, NORMATIVAS E CONSUMO

Para a Organização Mundial da Saúde, o Uso Racional de Medicamentos se configura quando o paciente recebe medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses equivalentes às necessidades individuais, por um período adequado de tempo, e ao menor custo para ele e para a sociedade¹⁹.

Por conta dos seus efeitos adversos, são controlados e regulados internacionalmente pela *Convention on Psychotropic Substances*³. Esta convenção internacional agrupa as substâncias em listas, de acordo com suas características. O flunitrazepam, um sedativo-hipnótico, é o único benzodiazepínico que se encontra na lista III (substâncias cujo abuso constitui um risco substancial para a saúde pública e que possuem moderada a grande utilidade terapêutica), e os demais estão alocados na lista IV. Destes, em geral 22 são classificados como ansiolíticos, 11 como sedativo-hipnóticos e 1 como antiepilético (pois pode ser usado nas crises)²⁰.

No Brasil, a portaria que regulamenta estes e outros medicamentos é a Portaria n. 344 de 12 de março de 1998. De acordo com a mesma, os medicamentos são classificados em listas, de acordo com suas características. Os benzodiazepínicos pertencem à lista B1 (psicotrópicos). Já os antidepressivos pertencem à lista C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial). Os benzodiazepínicos constantes na lista de medicamentos sujeitos a controle especial, da Portaria n° 344/98 são: alprazolam, bromazepam, brotizolam, camazepam, cetazolam, clobazam, clonazepam, clorazepam, clorazepato, clordiazepóxido, clotiazepam, cloxazolam, delorazepam, diazepam, estazolam, fludiazepam, flunitrazepam, flurazepam, halazepam, haloxazolam, loflazepato de etila, loprazolam, lorazepam, lormetazepam, medazepam, midazolam, nimetazepam, nitrazepam, nordazepam, oxazepam, oxazolam, pinazepam, prazepam, temazepam, tetrazepam, triazolam.

Desta forma, os medicamentos psicotrópicos podem ser dispensados em farmácias ou drogarias mediante o cumprimento requisitos específicos. A receita deve ser aviada por profissional habilitado, ser preenchida com todos os dados necessários (como dados pessoais do prescritor e do paciente) e deve vir acompanhada de uma Notificação de Receita B, de cor azul e devidamente preenchida. A

notificação possui validade de 30 dias contados a partir da sua emissão, e deve ficar retida na farmácia para controle da Vigilância Sanitária. Pode conter quantidade de medicamentos para o tratamento correspondente a no máximo sessenta dias. Os rótulos das embalagens destes medicamentos devem conter uma faixa horizontal preta com os dizeres “Venda sob Prescrição Médica” – “O abuso deste Medicamento pode causar Dependência”¹⁰.

O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil revelou que 3,3% dos entrevistados utilizavam benzodiazepínicos sem receita médica²¹.

Uma das principais diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, é o estabelecimento de uma relação de medicamentos essenciais, composta por medicamentos indispensáveis para atender à maioria dos problemas de saúde da população⁸. Segundo a Organização Mundial da Saúde, um importante indicador para a avaliação da efetividade e equidade dos sistemas de saúde é a disponibilidade dos medicamentos essenciais²². A relação nacional de medicamentos (RENAME) serve como base para as listas estaduais e municipais (REMUME), levando-se em consideração aspectos regionais⁸.

De acordo com o Boletim Farmacoepidemiológico do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), em uma análise entre os anos de 2007 a 2010, os medicamentos controlados mais consumidos no país foram os benzodiazepínicos. O clonazepam, bromazepam e alprazolam lideraram as estatísticas (1º, 2º e 3º lugares respectivamente) em todos os anos de análise. Ainda, é importante notar o aumento do consumo destes medicamentos ao longo dos anos. O consumo do clonazepam passou da casa dos 4 milhões para a casa dos 10 milhões de Unidades Físicas Dispensadas (UFD – caixas vendidas de medicamentos), de 2008 para 2010²³.

Segundo o primeiro boletim de tal sistema, a classe dos psicotrópicos (onde se encontram os benzodiazepínicos) representa 15% dos medicamentos comercializados em farmácias e drogarias do país.

De acordo com dados do SNGPC para Santa Catarina, os benzodiazepínicos lideraram a lista dos medicamentos mais consumidos. Para os anos de 2009 e 2010, o clonazepam encontra-se no topo da lista, com 646.580 e 823.466 UFD. O bromazepam passou do 4º lugar em 2009 para 2º lugar em 2010, de 207.440 para 247.089 UFD²³.

Segundo o Relatório sobre Substâncias Psicotrópicas para 2011 do INBC (*International Narcotics Control Board*), internacionalmente o flunitrazepam é um dos benzodiazepínicos mais frequentemente

abusados, desviado de canais de comercialização para o mercado ilícito²⁰.

O INBC ainda revela dados sobre a produção e o consumo de tais substâncias. Sobre os ansiolíticos, a produção global variou de 18,9 bilhões até quase 30 bilhões de S-DDD entre os anos de 2002 e 2008. Os maiores representantes desta classe, correspondendo a cerca de 60% do total, são o diazepam e o alprazolam. Os maiores produtores entre os anos de 2001 a 2009 foram China, Índia e Itália. Já o consumo para este grupo caiu de 25,8 bilhões de S-DDD em 2008 para 23,8 bilhões em 2010. A Europa é a região com a maior média nacional de consumo, seguida das Américas, Oceania, Ásia e África. O diazepam continua sendo o ansiolítico mais comercializado, consumido em todas as regiões do mundo. O Brasil se configura entre os maiores importadores de diazepam do mundo, em 5º lugar, ficando atrás da Dinamarca, EUA, Alemanha e Suíça. Em 2010 os 12 maiores importadores representaram juntos 65% de todas as importações desta substância. Em 2010 o Brasil ficou em 2º lugar no ranking dos maiores consumidores mundiais de diazepam²⁰.

Com relação aos sedativos-hipnóticos (brotizolam, estazolam, flunitrazepam, flurazepam, haloxazolam, loprazolam, lormetazepam, midazolam, nimetazepam, nitrazepam, temazepam e triazolam), a Europa é o continente que mais consome, seguida de Ásia, Américas, Oceania e África²⁰.

Sobre o clonazepam, único utilizado como antiepilético, a produção mundial aumentou significativamente, subindo de uma média de 4 toneladas por ano entre os anos de 1998 e 2003, para 9,5 toneladas por ano entre 2007 e 2009, de forma que a Suíça é o maior produtor. O Brasil é um dos maiores produtores mundiais, e se configura ainda como o terceiro maior importador. O uso do clonazepam se expandiu de 50 países em 1995 para mais de 140 no período de 2008 a 2010. O consumo global atingiu um recorde de 1,1 bilhões de S-DDD em 2008, de forma que os maiores consumidores em 2010 foram os Estados Unidos (209mi S-DDD), Brasil (206mi S-DDD), Canadá (71mi S-DDD), Hungria (71) e França (66)²⁰.

3.2 OS BENZODIAZEPÍNICOS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS – SC

A relação de medicamentos essenciais do município de Florianópolis é bastante variada, sendo que os medicamentos são divididos por forma de atuação no organismo. O representante dos

benzodiazepínicos é o diazepam, nas apresentações de 5mg e 10mg, na forma de comprimidos. Encontra-se no Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no grupo de medicamentos que atuam sobre o Sistema Nervoso Central, sujeitos a controle especial (Portaria n 344/98). A lista é composta por 13 medicamentos distribuídos em 23 apresentações. Ainda há outro medicamento sujeito a controle especial, a codeína (entorpecente de uso permitido somente em concentrações especiais), classificada como analgésico opióide²⁴. A REMUME completa pode ser acessada no site da Prefeitura Municipal de Florianópolis (www.pmf.sc.gov.br).

O município conta com uma Instrução Normativa (003/2010), com a finalidade de normatizar o fluxo dos serviços da Gerência de Assistência Farmacêutica. As prescrições de medicamentos devem ser aviadas obrigatoriamente com a Denominação Comum Brasileira (DCB), ou seja, o nome genérico da substância ativa²⁵, em conformidade com a Portaria n°. 1.179, de 17 de junho de 1996 da ANVISA.

O farmacêutico possui grande responsabilidade com relação à saúde da população, o que é enfatizado pelas normas da Secretaria de Saúde de Florianópolis, quando coloca que é responsabilidade do mesmo zelar pelo Acesso e Uso Racional de Medicamentos. Os medicamentos controlados são de responsabilidade exclusiva deste profissional, de acordo com as Portarias n°. 344/98 e 06/99, da ANVISA. Assim, a dispensação dos medicamentos controlados se dá somente nas farmácias de referência distrital. No ato da dispensação, os farmacêuticos devem verificar a data da última vez que o paciente pegou o medicamento, para evitar duplicidade de dispensação e o uso indevido ou indiscriminado. Somente pessoas maiores de 18 anos podem retirar medicamentos controlados²⁵.

O município de Florianópolis é dividido em cinco Distritos Sanitários, de acordo com a geografia: centro, continente, leste, norte e sul. Cada distrito possui uma Policlínica, os distritos Norte e Sul possuem uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e cada bairro possui um Centro de Saúde (CS). Ainda, o município conta com os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em pontos estratégicos. Todas as unidades possuem farmácias, porém nem todas contam com farmacêuticos.

As farmácias de Referência Regional estão distribuídas nos cinco Distritos Sanitários: Continente (Policlínica Continente); Centro (CS Trindade); Leste (CS Lagoa da Conceição e CS Saco Grande); Norte

(Policlínica Norte); Regional Sul (Policlínica Sul). Todas estas unidades de saúde dispensam medicamentos controlados.

3.3 MEDICALIZAÇÃO

Segundo Conrad²⁶, o conceito de medicalização refere-se a um processo, onde problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como tais, adquirindo o status de doenças e distúrbios. Para este autor, a medicalização possui grande importância social, considerada uma transformação social que possui tendência crescente.

De acordo com Angell²⁷, as pessoas passaram a tomar uma quantidade muito maior de medicamentos do que antigamente, com gastos muito expressivos em dinheiro, de forma que nos tornamos uma sociedade hipermedicada. A indústria farmacêutica possui uma variedade de estratégias para que este fenômeno se mantenha.

Ao passo que a medicalização gradualmente se instalou no contexto da biomedicina, principalmente na sociedade ocidental, um número crescente de problemas da vida passou a ser definido como problemas médicos. Este processo acontece de modo que “o problema é definido utilizando-se termos médicos, descrito a partir da linguagem médica, entendido a partir das idéias médicas, e tratado com uma intervenção médica”. Desta maneira, novas categorias de doenças surgiram, e processos normais da vida como ansiedade, humor, nascimento, envelhecimento, morte foram medicalizados. Este movimento pode ser visto, por exemplo, no aumento do número de diagnósticos encontrados no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que subiu de 106 em 1952 para 297 em 1994, na quarta edição do manual²⁶.

Conrad²⁶ fala que algumas condições são mais medicalizadas que outras, como as doenças mentais que são totalmente medicalizadas, ainda existindo condições parcialmente (menopausa) e minimamente (adição ao sexo) medicalizadas. Sendo assim, são estabelecidos graus de medicalização, fator dependente da elasticidade de uma categoria médica, que pode ser circunscrita ou pode expandir para incorporar outros problemas. Ainda, a medicalização é bidirecional, pois pode ter uma tendência à medicalização ou à desmedicalização, apesar da maioria das condições seguir a tendência de medicalizar ainda mais os problemas.

Existem vários fatores que impulsionaram o avanço da medicalização, como a expansão da jurisdição médica, luta de grupos de pacientes para o reconhecimento de determinadas doenças, a indústria

farmacêutica, seguradoras de saúde, diminuição da tolerância das pessoas à sintomas leves. A partir disso, certas mudanças que ocorreram na medicina foram importantes, onde o foco do tratamento foi alterado da psicoterapia e interação familiar para psicofarmacologia, estudos com neurociência e genômica. Ainda, há um favorecimento concedido pelas seguradoras de saúde a tratamentos com medicamentos, em detrimento de outras alternativas como as psicoterapias tanto individuais como em grupo. “A escolha disponível para muitos médicos e pacientes não é se deveria escolher psicoterapia ou tratamento farmacológico, mas sim que tipo de medicamento deve ser prescrito”, e desta forma as seguradoras influenciaram no aumento da utilização de medicamentos psicotrópicos, contribuindo para a medicalização de problemas da vida²⁶.

Os medicamentos e as tecnologias médicas, pela influência do espírito capitalista e da biomedicina, são vistos como bens de consumo. A indústria farmacêutica possui diversas estratégias para criar mercados para seus produtos (os medicamentos), o que gera a medicalização de mais aspectos da vida. Tais estratégias incluem criação de novas definições médicas, mudança na definição de um transtorno, expansão de definições, diminuição do limiar de tratamento, propagandas de conscientização. O caso do medicamento Paxil mostra algumas das estratégias. Primeiramente foi aprovado nos EUA pela FDA para depressão, porém com a saturação deste mercado obteve-se a aprovação para o transtorno do pânico, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno de ansiedade generalizada (GAD), transtorno de ansiedade social (SAD), contribuindo para a medicalização de emoções como preocupação e timidez²⁶. Uma das estratégias para o aumento do consumo de medicamentos são as campanhas de conscientização sobre as doenças, com a opinião de especialistas e pacientes, o que gera condições de validade de diagnóstico, e também a crença de que tais doenças podem acometer qualquer indivíduo. As propagandas envolvendo SAD e GAD promoveram a idéia de que são doenças comuns, reduzindo o estigma da doença mental, porém anormais e que por isso necessitavam de tratamento, no caso com o Paxil²⁶.

Conrad²⁶ aponta que a medicalização é dinâmica, e pode sofrer diversos processos por conta desta característica. Uma delas é a expansão em novas direções, como é o caso do envelhecimento e do corpo do homem. Anteriormente apenas aspectos da vida da mulher eram medicalizados, porém a medicalização estendeu-se ao domínio do corpo masculino. As categorias médicas, principalmente no âmbito da psiquiatria, são muito fluidas, permitindo a expansão ou contração das mesmas. A expansão do domínio de uma categoria médica descreve um

processo pelo qual as definições tornam-se mais amplas, estendendo-se os limites, incluindo condições semelhantes ou relacionadas. As expressões vão ficando cada vez mais amplas, para poder incluir novos problemas ou problemas relacionados, ou para incorporar populações adicionais além do que foram designados da formulação inicial do diagnóstico²⁶. O problema que se coloca diante deste raciocínio é que mais pessoas podem ser consideradas doentes, tornando-se potenciais consumidores de medicamentos²⁸.

A indústria farmacêutica possui papel importante nesta questão, visto que o seu interesse é vender a maior quantidade de medicamentos possível por longos períodos de tempo. Isto é possibilitado pelo desenvolvimento de medicamentos para condições crônicas (artrite, depressão, hipertensão, hipercolesterolemia, etc), em detrimento de doenças raras, que vendem poucos medicamentos; doenças passageiras como infecções; doenças tropicais, pois as pessoas atingidas são em geral pobres não possuem condições de pagar pelo tratamento²⁷. Contribuem para a expansão quando se utilizam de dados como a diminuição de limites para algumas condições, como glicemia, colesterol, pressão, ampliando o número de pessoas que deve utilizar os medicamentos para tais condições²⁷.

Leigos, profissionais e mídia ajudam a estabelecer o diagnóstico ampliado. Certas condições humanas podem ainda ser melhoradas, e a expansão da medicalização se dá no sentido de aprimoramento e melhoramento dos corpos, como aumento de massa muscular com o uso de hormônios de crescimento, cirurgias plásticas, melhoramento de capacidades cognitivas. Condições ainda podem ser desmedicalizadas como é o caso da homossexualidade e da masturbação, porém são muito poucos os exemplos²⁶.

Uma das estratégias dos laboratórios farmacêuticos para garantir grande venda de medicamentos e conseqüentemente seus lucros, é a indução da utilização de medicamentos de imitação. A maioria dos medicamentos aprovados pela FDA todos os anos, são de imitação, *“classificados pela agência no mesmo nível de outros medicamentos já disponíveis no mercado para tratar a mesma condição”*. Para receber a patente é necessário somente comparar com placebo, ao invés de comparar com o melhor medicamento existente. *“Só precisam mostrar que são melhores que nada”*²⁷.

A transferência de patentes é um ponto importante quando se fala do poder da indústria farmacêutica. O que se faz é lançar no mercado o medicamento de imitação, melhor ainda se isto ocorrer quando a patente

do outro medicamento campeão de vendas estiver terminando, e convencer pacientes e médicos de que a nova opção é muito melhor²⁷.

De acordo com Angell, em seu livro *A verdade sobre os Laboratórios Farmacêuticos*, muitos dos ensaios clínicos conduzidos pela indústria farmacêutica para testar a eficácia e segurança dos medicamentos são manipulados, a fim de fazer com que pareçam melhores do que realmente são²⁷.

Geralmente os medicamentos mais novos são os mais vendidos, independente de não serem a melhor opção para o tratamento de determinada doença. Isto ocorre porque os medicamentos novos são mais anunciados do que os antigos, já com as patentes vencidas e que são em sua maioria genéricos. É o caso dos medicamentos para hipertensão, onde os diuréticos foram comprovadamente, por um estudo realizado nos EUA e publicado no ano de 2002 (ALLHAT), mais eficazes para o tratamento da doença do que bloqueadores do canal de cálcio, bloqueadores alfa-adrenérgicos e inibidores da enzima conversora de angiotensina, medicamentos estes promovidos na mídia pela indústria farmacêutica. Desta forma, medicamentos que nem sempre são realmente melhores são comercializados com esta noção, e custando muito mais aos pacientes, pois são anunciados como se fossem grandes avanços da medicina, como tratamento de primeira linha, enganando médicos e pacientes²⁷.

Nos EUA, a propaganda de medicamentos tarjados é permitida, devendo ser aprovadas pela FDA, porém a grande demanda possibilita inconsistências. No Brasil, a propaganda de medicamentos deve se enquadrar nos preceitos legais vigentes, de acordo com os princípios éticos⁸. A legislação permite ao público apenas propagandas de medicamentos de venda livre, e não podem conter afirmações que não sejam passíveis de comprovação científica. As propagandas dos medicamentos em geral (incluindo medicamentos controlados) podem ser feitas em publicações especializadas dirigidas somente aos profissionais e instituições de saúde²⁹. Porém, transgressões à legislação são encontradas a todo momento, como por exemplo, não conter informações essenciais, dando a impressão errônea de que o medicamento não possui malefícios, e fornecimento de informações não comprovadas cientificamente³⁰. Nos países onde é lícita a propaganda direta ao consumidor o consumo é maior³¹, uma vez que as pessoas requerem aos seus médicos os medicamentos promovidos pelas propagandas²⁷. Em certos momentos os pacientes fazem o seu autodiagnóstico, pois já conversaram com familiares, amigos, vizinhos, que tomam algum medicamento. Chegam ao consultório médico

pedindo um medicamento específico, que fez muito bem à pessoa com a qual teve o contato e possui um problema parecido. A reconversão dos problemas humanos em patologias pode ser entendida como processo de uma hegemonia que atua tanto na área das especialidades como nas crenças populares, criando-se um sentido comum que permite a incorporação pelas pessoas dos produtos das indústrias³¹.

Os altos preços dos medicamentos são justificados pelos laboratórios farmacêuticos, por conta do alto custo de ações de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) necessárias para o desenvolvimento de novos medicamentos. Porém, os laboratórios estão involucrados em apenas uma pequena parte do processo, e os gastos mais volumosos estão relacionados ao *marketing* dos produtos, fato não confirmado pelas empresas. O *marketing* é necessário para a promoção dos medicamentos de imitação, para convencer médicos e pacientes do seu uso²⁷.

A influência da indústria farmacêutica nas vidas de todos é muito grande, de modo que existe um entendimento entre as pessoas, de que, se o médico não receitou nenhum medicamento durante a consulta, é porque não fez um bom trabalho²⁷.

3.4 DOENÇAS TRATADAS

A classe dos medicamentos benzodiazepínicos possui grandes variações nos espectros farmacodinâmicos e propriedades farmacocinéticas dos seus componentes, levando a diferentes aplicações terapêuticas⁵, porém a maioria dos benzodiazepínicos é hipnótico. De uma forma geral, o uso terapêutico varia de acordo com a meia vida do medicamento (quantidade de tempo necessário para que a concentração plasmática do medicamento/fármaco seja reduzida pela metade). Por exemplo, os anticonvulsivantes possuem meia vida longa e uma rápida entrada no cérebro, necessária para a eficácia no tratamento do mal epilético. Já para os hipnóticos, é necessária uma meia vida de eliminação curta de modo a tentar evitar sedação diurna, porém geram dependência e aumentam a gravidade da abstinência após a interrupção do uso crônico, enquanto que os ansiolíticos necessitam que a mesma seja longa, apesar da desvantagem do risco de déficits neuropsicológicos causados pelo acúmulo da substância⁵.

Como agentes sedativos, têm a propriedade de reduzir a atividade, moderar a excitação e acalmar o indivíduo. Utilizados como hipnóticos, produzem sonolência e facilitam o início e a manutenção de um estado de sono⁵.

Somente dois dos seus efeitos ocorrem fora do SNC, a vasodilatação coronária e o bloqueio neuromuscular, o último ocorrendo apenas em doses muito altas. Os efeitos de sedação, hipnose, redução da ansiedade, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e atividade anticonvulsivante estão relacionados à ação no SNC⁵.

De acordo com a Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde (2011), o diazepam na forma de comprimidos de 5mg e 10mg configura como o representante da classe dos benzodiazepínicos para o tratamento de desordens de ansiedade, porém, outros da sua classe podem ter desempenho farmacológico semelhante³². Para procedimentos curtos que necessitem sedação, dentre outras classes de medicamentos, o representante dos benzodiazepínicos é o midazolam nas formas intravenosa, oral líquida e comprimidos, não podendo ser trocado por outro da mesma classe. Para o reestabelecimento de pacientes em crises convulsivas ou epiléticas, são encontrados o diazepam (via retal) e o lorazepam como formulação parenteral³².

O Formulário Terapêutico Nacional⁹ também coloca o midazolam como medicamento usado em procedimentos anestésicos de curta duração, levando a inconsciência e amnésia em até 3 minutos. Já o diazepam pode ser utilizado no pré-tratamento farmacológico anestésico, pois o uso concomitante com anestésicos gerais permite reduzir as doses dos mesmos. Na forma intravenosa, é a primeira escolha para tratamento do mal epilético, possuindo ação rápida, prevenindo danos neuronais.

Para o tratamento da ansiedade generalizada e da insônia transitória podem ser utilizados os benzodiazepínicos com propriedade ansiolítica e hipnótica/sedativa, ou seja, a grande maioria. O representante é o diazepam, porém pode ser substituído por outros do mesmo grupo⁹. O diazepam é contraindicado no caso de depressão maior entre outras situações. O clonazepam na apresentação de solução oral é tratamento de segunda escolha para epilepsia em crianças (epilepsia mioclônica grave na infância, epilepsia mioclônica juvenil e síndrome de Gasteaut-Lennox).

Desta forma, o benzodiazepínicos têm propriedades que são utilizadas no tratamento de certas doenças, como: transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, pânico, transtorno de ansiedade fóbica, transtorno obsessivo compulsivo, fobias específicas, agorafobia), distúrbios dos sono, epilepsia.

3.4.1 Transtornos de Ansiedade

A ansiedade é uma “condição caracterizada pelas manifestações subjetivas e psicológicas do medo”³³, uma reação normal do organismo quando em face do perigo, o que ativa mudanças físicas, mentais e de comportamento³³. Trata-se de uma emoção importante ao ser humano, essencial para o seu desempenho adequado³⁴. Todos experimentam certo grau de ansiedade todos os dias, o que leva os indivíduos à realização das suas tarefas diárias.

A ansiedade patológica acontece quando a pessoa fica apreensiva, porém se desconhece a fonte do perigo, (no caso do medo a fonte é conhecida) e pode vir acompanhada de sudorese, tremores, tonturas, palpitações, midríase, taquicardia, distúrbios gastrointestinais, diarreia, urgência e frequência urinária³. Quando são atingidos tais graus patológicos experimenta-se sofrimento de grande intensidade e o desempenho é prejudicado³⁴. Se observa portanto, a necessidade de uma sensibilidade frente ao indivíduo em sofrimento, a observância de possíveis causas, de modo a não se patologizar uma questão normal da vida cotidiana.

De acordo com a visão clínica, os transtornos da ansiedade podem ser considerados como seis. O transtorno do pânico se dá pela ocorrência de ataques recorrentes de pânico, e pode estar associado a agorafobia (medo de lugares públicos). Transtorno de ansiedade social (ou fobia social) acontece quando o indivíduo teme uma análise ou crítica, e vem acompanhada de sintomas como bloqueio da fala, tremores, entre outros. O transtorno de ansiedade generalizada, conhecido também pela sigla GAD, é caracterizado por preocupação excessiva e sem motivos aparentes sobre questões determinadas. Pode ser associada a sintomas de tensão motora como dores de cabeça e fadiga. Transtorno de estresse pós-traumático acontece após experimentação de trauma e ocorre em três domínios: sintomas de hiperestimulação (falta de sono, nervosismo); re-emergência dos sintomas, principalmente ao recordar o evento, o que pode levar a evitar o local ou outras fontes de memória sobre o trauma; mudanças afetivas como depressão, embotamento emocional, raiva. O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) se apresenta por comportamentos compulsivos que são repetidos, pensamentos intrusivos de natureza negativa ou sexual. Por último, as fobias específicas são aquelas referentes a objetos específicos (animais por exemplo) ou situações (alturas, voar, elevadores, espaços fechados)³⁵.

Uma das situações mais usuais em tratamentos com benzodiazepínicos é o Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD), quando a ansiedade se apresenta por um longo período e é generalizada, e não há uma fonte de perigo identificada. Outros sintomas se acrescem, como nervosismo persistente, tensão muscular, sensação de desfalecimento³.

Com exceção do transtorno obsessivo-compulsivo, os transtornos de ansiedade são mais prevalentes em mulheres³⁵.

De acordo com uma meta-análise conduzida com 27 estudos epidemiológicos transversais para estimação da prevalência de transtornos mentais na Europa, estimou-se que 27% da população adulta europeia entre 18 e 65 anos (82,7 milhões de pessoas) são ou já foram afetados por pelo menos um transtorno mental considerando-se os últimos 12 meses. Os transtornos de ansiedade configuram o grupo mais frequente, cerca de 12% de indivíduos afetados nos últimos 12 meses, seguidos de transtornos do humor (depressão e transtorno bipolar com 7,8%), transtornos somatoformes (dor persistente, hipocondríase, somatização com 6,3%), dependência de substâncias (3,4%), transtornos psicóticos (0,8%)³⁶. A Tabela 1 apresenta as prevalências dos diferentes transtornos de ansiedade nos últimos 12 meses, sendo que as maiores prevalências encontram-se entre as mulheres em todas as situações.

Tabela 1- Prevalências dos transtornos de ansiedade na Europa, estimativa em 12 meses, segundo estudo meta-analítico³⁶.

Transtorno	Mulheres (%)	Homens (%)	Total (%)
Qualquer transtorno de ansiedade	16.3	7.8	12.0
Pânico	3.0	1.7	2.3
Agorafobia (sem pânico)	3.1	1.0	2.0
Fobia social	2.7	1.3	2.0
Ansiedade generalizada	2.1	1.0	1.5
Fobias específicas	10.8	4.5	7.6
Transtorno obsessivo-compulsivo	0.9	0.6	0.7

Fonte: Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15(1):357-376.

Segundo Wittchen e Jacobi³⁶, as desordens mentais, principalmente transtornos de ansiedade, relacionados a substâncias e somatoformes iniciam na infância, e prejudicam o desempenho escolar e acadêmico, assim como funcionamento e integração sociais. Estimam

que cerca de 30 a 40% dos indivíduos que sofrem de algum transtorno de ansiedade também possuem um transtorno depressivo e vice-versa. De acordo com sua análise, estudos que utilizam critérios do DSM (no caso específico o DSM-IV) apresentaram valores de prevalência sempre mais elevados.

O estudo ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) conduzido em seis países europeus no ano 2000 (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha) estimou que 26,1% dos indivíduos com transtornos de ansiedade procuraram ajuda médica formal. Destes, 30,8% foram tratados apenas com medicamentos, 19,6% apenas com tratamentos psicológicos, 26,5% com ambas formas de tratamento e 23,2% não receberam nenhuma forma de tratamento³⁷.

Benzodiazepínicos atuam rapidamente, em questão de horas ou dias, enquanto antidepressivos e bupiriona atuam mais devagar, em questão de semanas ou meses. Os benzodiazepínicos já não são primeira escolha no tratamento dos transtornos de ansiedade, perdendo para antidepressivos, bupiriona, inibidores da monoamina oxidase (IMAO) e bloqueadores beta-adrenérgicos. Têm participação no tratamento apenas no início, quando antidepressivos (tanto tricíclicos como inibidores da recaptação da serotonina) e bupiriona (agonistas do receptor 5-HT_{1A}) podem piorar a ansiedade. Podem ser usados por duas a quatro semanas para cobrir os sintomas negativos gerados pelo tratamento de primeira escolha, ou ocasionalmente antes da exposição a uma situação temida pelo paciente³⁵.

É notável a quantidade de recomendações para a utilização de outras formas de tratamento para a ansiedade, como por exemplo, terapias cognitivas, técnicas de relaxamento e o uso de antidepressivos, devido ao risco de dependência. Tais diretrizes apontam para que a utilização dos benzodiazepínicos seja de curta duração, pois aliviam os sintomas rapidamente, até que o efeito do antidepressivo se evidencie (a resposta fisiológica aos mesmos demora algumas semanas para se manifestar). Somente casos resistentes devem fazer uso dos benzodiazepínicos por um período maior³.

Está claro que tratamentos baseados em terapia cognitiva são eficazes, principalmente no caso de não comorbidades. Outro fator favorecedor a longo prazo deste tipo de tratamento é a resistência criada pelo indivíduo, por melhor saber lidar com as suas emoções, diminuindo a possibilidade de uma recaída. Portanto, tratamentos cognitivos podem ter melhor custo benefício do que tratamentos farmacológicos a longo prazo³⁵. Porém, para que este tipo de tratamento possa ser uma escolha

resultante de uma conversa entre médico e paciente, é preciso também que estas terapias estejam disponíveis de forma mais abrangente. Sabe-se do seu custo elevado e da dificuldade de acesso, tanto quando se fala de serviço público de saúde, quanto na rede privada, principalmente convênios com prestadoras de serviços.

Alguns estudos procuraram verificar a possibilidade de utilização de fármacos junto à terapia cognitiva. Resultados mostraram nenhum benefício adquirido com o uso do fármaco, e, em alguns casos, alguns medicamentos (benzodiazepínicos e imipramina) poderiam até mesmo prejudicar o tratamento com a terapia cognitiva, principalmente quando associados a sintomas de retirada³⁵.

3.4.2 Distúrbios do sono

Os distúrbios do sono envolvem um grupo de condições caracterizadas por uma ampla gama de alterações do sono, como dissonias, parassonias, distúrbios do sono associados a desordens médicas e psiquiátricas, e distúrbios do sono propostos³.

Insônia, de acordo com a Classificação Internacional de Desordens do Sono, é definida como “dificuldades na iniciação, manutenção [...], duração ou qualidade do sono que resulta no prejuízo do funcionamento diurno, apesar de oportunidades e circunstâncias adequadas para dormir”³. É importante lembrar que não se deve confundir a insônia com poucas horas de sono, pois este sono de curta duração pode ser saudável, restaurador³⁴. O problema está ligado às consequências diurnas, como diminuição das funções cognitivas, sensação de cansaço, irritabilidade e diminuição da qualidade de vida³⁸. A sonolência diurna faz com que pessoas que experimentem sintomas de insônia corram e infiram perigo ao dirigirem veículos³⁹.

Segundo o *State of the Science Conference on the Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults*, indivíduos podem apresentar uma ou mais destas características: dificuldade em iniciar o sono, dificuldade na manutenção do sono, despertar muito cedo. Uma quarta característica, porém não consensuada entre os especialistas seria um sono com pouca qualidade ou não restaurador. Destaca-se a importância da distinção do problema crônico e agudo, de forma que o segundo pode ocorrer com qualquer pessoa a qualquer momento³⁹. Em períodos de estresse por exemplo, qualquer pessoa pode vir a ter um episódio agudo de insônia, sem indicação de tratamento farmacológico. Entretanto, muitas pessoas recorrem a benzodiazepínicos, ao invés de se perguntarem as razões de estarem passando por problemas para dormir,

ou de procurar outras formas de melhorar a qualidade do sono, ignorando a possibilidade da instalação de um quadro de dependência.

A insônia é caracterizada como uma situação subjetiva, onde o indivíduo experimenta sono de má qualidade e não restaurador, muitas vezes associada a poucas horas de sono ou dificuldade na iniciação do mesmo, e geralmente é persistente. Quando surge sem a presença de um distúrbio psiquiátrico a denominação é insônia primária, ao passo que quando está associada denomina-se insônia secundária. Há uma estimativa de que até 90% dos pacientes com depressão podem apresentar problemas relacionados ao sono⁴⁰. Além da depressão outras comorbidades incluem problemas cardiovasculares, pulmonares e gastrointestinais. Outros distúrbios do sono podem contribuir, como apnéia obstrutiva do sono, síndrome das pernas inquietas, distúrbio de movimento periódico dos membros³⁹.

A literatura aponta que, para se estabelecer um tratamento é preciso determinar se a mesma é primária ou secundária, o que pode ser complicado pois a natureza da insônia crônica ainda não é bem definida. As opções disponíveis incluem intervenções comportamentais ou não farmacológicas, hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos ou antihistamínicos³⁹. Também são propostas outras alternativas não farmacológicas, como educação e higiene do sono, controle de estímulos, restrição do sono, técnicas de relaxamento, terapia cognitiva, meditação, entre outros. O tratamento farmacológico tem o foco principal no manejo dos sintomas³.

Uma meta-análise conduzida com estudos controlados randomizados envolvendo pacientes com insônia, revelou que as pessoas que utilizaram benzodiazepínicos durante os estudos tiveram uma média de latência para dormir (tempo para iniciar o sono) 4,2 minutos menor do que pessoas sob o uso de placebo. Já o tempo total do sono aumentou cerca de 1 hora para grupos sob o uso de benzodiazepínicos. O estudo também indicou que pacientes que utilizam estes medicamentos tendem a superestimar a eficácia da medicação. Benzodiazepínicos não promovem uma grande vantagem com relação ao placebo, e as alternativas não farmacológicas são mais promissoras para o tratamento da insônia. Faltam dados que justifiquem o uso de hipnóticos em insônia crônica⁴¹.

Dados de um consenso do *National Institutes of Health – NIH*³⁹ apontam que cerca de 30% da população americana apresenta queixas de interrupção do sono, e aproximadamente 10% possui sintomas associados ao comprometimento funcional durante o dia, consistentes com o diagnóstico de insônia crônica.

Pouco se sabe sobre os mecanismos, causas, curso clínico, comorbidades e consequências da insônia crônica, e é preocupante o fato de que é um distúrbio de longa duração e o fato de não existirem estudos clínicos de longa duração, pois a maioria é conduzida por 1 ano ou menos³⁹.

Existem 8 medicamentos aprovados pelo FDA (*Food and Drug Administration*) para o tratamento da insônia, sendo que somente 1 deles, o eszopiclone, não possui limitação sobre o tempo de uso. Todos os outros são aprovados para um tempo limite menor do que 35 dias. Os representantes incluem cinco benzodiazepínicos (estazolam, flurazepam, quazepam, temazepam, triazolam), três medicamentos de nova geração de hipnóticos não benzodiazepínicos (eszopiclone, zaleplon, zolpidem). São também utilizados medicamentos considerados como uso *off-label*, ou seja, não aprovados para tratar insônia, porém utilizados na prática clínica. São eles antidepressivos, outros sedativos (como barbitúricos e antipsicóticos), antihistamínicos, melatonina, valeriana, l-triptofano (aminoácido endógeno). Evidências suportam a eficácia de terapia cognitivo-comportamental, além de agonistas dos receptores de benzodiazepínicos, porém por curto período de tempo³⁹.

3.5 EFEITOS ADVERSOS

Reação Adversa a Medicamento (RAM) é definida como uma resposta a um medicamento, que seja nociva e não intencional, que ocorre em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico, tratamento ou para modificações de funções fisiológicas⁴².

Os efeitos adversos mais comumente apresentados são sonolência, sedação, fraqueza muscular, ataxia. Outros ainda incluem vertigem, dor de cabeça, confusão, depressão, fala arrastada, alterações na libido, tremores, distúrbios visuais, retenção ou incontinência urinária, distúrbios gastrintestinais, alterações da salivação e amnésia³. Estes efeitos são mais sérios em idosos, podendo gerar sedação excessiva, tremores, lentidão psicomotora, comprometimento cognitivo e o problema da dependência¹¹. O uso concomitante com o álcool e em altas doses pode levar a sérias complicações, incluindo depressão respiratória grave com risco de morte², overdoses e acidentes de trânsito³.

3.6 DEPENDÊNCIA, TOLERÂNCIA E ABSTINÊNCIA

Os benzodiazepínicos encontram-se sob regulamentação federal e internacional, e estão sujeitos a controle especial. Encontram-se na lista verde do Convênio de Substâncias Psicotrópicas de 1971. São substâncias psicotrópicas, que “podem determinar dependência física ou psíquica e relacionada”. Pertencem à lista B1 (psicotrópicos) da Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998, que regulamenta estes e outros medicamentos no Brasil¹⁰. Podem ser dispensados na farmácia ou drogaria apenas mediante receita aviada por profissional habilitado, acompanhada de uma notificação de receita devidamente preenchida, sendo que a receita poderá conter no máximo quantidade para 60 dias de tratamento.

Têm a possibilidade de abuso, e apesar de serem medicamentos, podem ser utilizados de forma não médica “com o intuito de produzir emoções e sensações gratificantes, não obrigatoriamente iguais a seus efeitos terapêuticos”. Tanto o uso terapêutico quanto o uso não médico podem gerar situações de intoxicação, uso nocivo, síndrome de dependência, estado de abstinência, entre outros⁴³.

Segundo Bateson⁴⁴ a dependência é definida quando o fármaco não produz os mesmos efeitos farmacológicos que produzia no início do tratamento, e acontece por exposição prolongada. A remoção do medicamento gera síndrome de abstinência e a readministração reverte o quadro. É importante ressaltar que os sintomas de abstinência podem ser ocasionados por doses terapêuticas regulares, e estes sintomas indicam dependência⁴⁵.

Os sintomas de retirada dos benzodiazepínicos, como por exemplo insônia rebote, dependem do tempo de meia vida do fármaco. Este sintoma é esperado na primeira noite de abstinência para fármacos com tempo de meia vida curto, e algumas noites após a retirada do medicamento para os que possuem tempo de meia vida longo⁴⁰.

Muitas pessoas têm dificuldades para parar com a utilização destes fármacos, devido em parte pelos sintomas de rebote⁴⁰. Outro fator que favorece o uso contínuo dos benzodiazepínicos é que muitos pacientes têm a percepção de que produzem efeitos terapêuticos gratificantes e rápidos. Desta forma, são relutantes em suspender seu uso⁴⁶.

Uma revisão sistemática sobre descrição de sintomas de dependência de benzodiazepínicos encontrou uma série de sintomas na literatura pesquisada. Os autores obtiveram uma categorização sobre os sintomas: gerais (sintomas gripais, sudorese, dor de cabeça, convulsões,

dores musculares, fadiga, artralgias, palpitações, rash cutâneo); gastrointestinais (dores abdominais, náusea e vômitos, perda de apetite, diarreia ou constipação); relacionados ao sono (perturbação do sono, pesadelos); relacionados ao equilíbrio (ataxia, tontura, vertigem); sensoriais (visão borrada, dificuldade no foco, dor nos olhos, sensação de choques elétricos, entorpecimento, parestesia, espasmos musculares, formigamento, aumento da acuidade ao som, cheiro e tato, zumbido, fotofobia, alteração do paladar); motores (mioclonias, tremores, incoordenação); afetivos (agitação, agressividade, irritabilidade, tensão mental, ansiedade, ataques de pânico, agorafobia, disforia, depressão, nervosismo, despersonalização, perturbação, delírio, confusão, baixa concentração, memória pobre); psicoses (alunicações, delírio, psicose)⁴⁷.

A tolerância ocorre quando doses iniciais já não produzem os mesmos efeitos que inicialmente, e para obterem-se os efeitos desejados são necessárias doses mais elevadas da substância. O desenvolvimento de tolerância parece ocorrer mais rapidamente sobre os efeitos sedativos, mais do que sobre os ansiolíticos e anticonvulsivantes. A tolerância aos efeitos ansiolíticos se dá de forma mais rápida do que para os anticonvulsivantes (para os últimos, de um a dois meses, e por isso são pouco utilizados para o tratamento profilático da epilepsia)⁴⁴. É comum verificar usuários de benzodiazepínicos hipnóticos aumentarem as doses, muitas vezes ultrapassando as doses recomendadas. Também existem evidências de escalonamento de dosagem para benzodiazepínicos destinados a ansiedade⁴⁵.

Porém, pouca tolerância se desenvolve com relação aos efeitos amnésicos e aos prejuízos cognitivos, de forma que usuários crônicos apresentam déficits de aprendizado, memória, atenção e visão espacial⁴⁸, o que pode ocasionar demência. O escalonamento e o uso crônico ainda podem gerar depressão, sedação excessiva, quedas e fraturas, acidentes no trânsito entre outros, e idosos são os mais afetados⁴⁵.

Estudo conduzido em cidade de médio porte de Minas Gerais revelou dados alarmantes sobre a manutenção do uso destes medicamentos, considerando que o próprio sistema (no caso público) de saúde contribui para isso, uma vez que os prescritores (marcadamente os maiores prescritores são clínicos gerais) reconhecem quadros de dependência instalada e mantém a prescrição, não tomando medidas de reversão. Motivos para tal situação podem ser a confiança na suposta segurança do medicamento, pressão do paciente para obter a prescrição, temor de estabelecer conflito com o paciente. Na ocasião do estudo, cerca de 20% das prescrições de benzodiazepínicos analisadas preencheram critérios para *uso crônico/dependência*, e quase 70% foram

consideradas inadequadas. Desta porção de inadequação, a categoria *uso prolongado como hipnótico ou ansiolítico* foi responsável por quase 50% das inadequações, seguido por *uso crônico/dependência* com cerca de 31%. As outras formas são *distúrbio neurovegetativo* (cerca de 14%) e *uso na depressão sem antidepressivo* (cerca de 4%)⁴⁹.

Já está estabelecido que os benzodiazepínicos devem ser utilizados por períodos curtos, de preferência no máximo de quatro semanas. No estudo citado acima, o tempo médio de tratamento foi de 14,6 meses, verificando-se que mais de 50% dos pacientes fizeram uso prolongado (uso por mais de seis meses). Nota-se a dificuldade da manutenção do uso racional desta medicação, e os dados apresentados são realmente alarmantes. De acordo com o que foi visto, a maior parte das pessoas faz uso inadequado dos benzodiazepínicos.

Os motivos para os clínicos não conseguirem negar prescrições parecem ser os mesmos em variadas partes do mundo. Estudo qualitativo norueguês aponta para os fatores para prescrever: dificuldade de negar a receita; pacientes já utilizam o medicamento prescrito por outro médico; confiança na responsabilidade e honestidade do paciente; maior prescrição para idosos, uma vez que já possuem muitas doenças concomitantes⁵⁰.

3.6.1 Sobre o diagnóstico de dependência

Existe controvérsia com relação ao diagnóstico da dependência, principalmente quando se trata de medicamentos psicotrópicos. Nielsen et al.⁴⁷ apontam para falta de consistência com relação à definição e às mudanças na definição de dependência do DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* da APA – *American Psychiatric Association*), passando pela sua revisão, DSM-III-R, até o DSM-IV, que segundo os autores, foram baseadas em razões não científicas. Para se diagnosticar a dependência de acordo com o DSM-III era necessário ou o desenvolvimento de tolerância ou síndrome de abstinência. Já na sua edição revisada e similarmente na quarta edição, a dependência foi caracterizada como um grupo de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos. Tolerância e abstinência estavam entre as manifestações, mas não eram mais considerados suficientes para o diagnóstico.

Já no DSM-IV houve uma mudança maior, de forma que a abstinência foi listada não somente como um critério para dependência, mas também como um diagnóstico autônomo no mesmo nível que a dependência. Outro problema é que abstinência, de acordo com DSM-

IV, é caracterizada por sintomas causados pela descontinuação ou redução da substância, causando problemas físicos e psicológicos. Já o diagnóstico de dependência se baseia em critérios não necessariamente apresentados como sintomas, mas sim comportamentais e principalmente relacionados a um padrão compulsivo com relação a substância, para se obter um diagnóstico⁴⁷. O que acontece, é que pacientes podem ser considerados como não dependentes, pois existem outros critérios que devem ser preenchidos, difíceis de serem utilizados na clínica. Por exemplo, os benzodiazepínicos induzem a dependência, mas seu uso não necessariamente leva a fissura pela droga assim como se observa em outras substâncias como opiáceos e álcool, o que pode levar a diagnósticos errôneos, com a afirmação de que o paciente possui somente Síndrome de Abstinência, um diagnóstico válido segundo o DSM.

Poderia se fazer uma relação desta análise sobre o diagnóstico de dependência enunciado pelo DSM com o conceito de elasticidade das categorias médicas propostas por Conrad²⁶. Poderíamos afirmar que a categoria de dependência teria uma pequena elasticidade. De uma maneira geral, categorias com grande elasticidade geram grande medicalização, fato inverso para a categoria dependência que seria circunscrita, uma vez que quanto menos pessoas forem diagnosticadas como dependentes, maior será margem para uma maior medicalização. Para que uma pessoa receba o diagnóstico de dependência de acordo com o DSM, muitos critérios precisam ser preenchidos, de forma que a grande maioria de usuários de medicamentos psicotrópicos não pode ser considerada dependente. Se um indivíduo que utiliza determinado fármaco psicotrópico não preenche os critérios necessários, como por exemplo padrão de comportamento compulsivo com relação à substância, existe uma maior margem para medicalizá-lo, uma vez que o medicamento não está “causando” dependência, e portanto não há problema em dar continuidade à farmacoterapia ou adicionar novos fármacos.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição⁵¹ temos sete critérios diagnósticos para dependência de substâncias, de forma que três devem ter ocorrido no mesmo período de 12 meses. Os critérios são tolerância, como definido por um dos seguintes: (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir intoxicação ou efeito desejado, (b) efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade da substância; abstinência, como manifestado por um dos seguintes: (a) síndrome de abstinência característica para a substância,

(b) a mesma (ou uma intimamente relacionada) substância é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência; a substância é frequentemente consumida em grandes quantidades ou por um período maior do que se pretendia; há um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para interromper ou controlar o uso da substância; uma grande quantidade de tempo é despendida em atividades necessárias para obter a substância (por exemplo a cadeia de fumaça), ou recuperando-se dos seus efeitos; importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas devido ao uso da substância; o uso da substância é continuado apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente tenha sido causado ou exacerbado pela substância (por exemplo, uso contínuo de cocaína apesar do reconhecimento de depressão causada por cocaína, ou beber continuamente apesar do reconhecimento que uma úlcera piorou pelo consumo de álcool)⁵¹.

Em seção específica do DSM-VI-TR intitulada Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, destaca-se que os critérios gerais para dependência descritos em seção geral sobre Dependência, se aplicam a todas as substâncias. De acordo com o DSM-IV-TR⁵¹, um diagnóstico de tolerância ou abstinência pode existir sem dependência, retornando a ideia de que a categoria de dependência enunciada pelo DSM seja circunscrita e que por conta disso dá maior margem para medicalização:

Pode haver evidência de tolerância e abstinência na ausência de um diagnóstico de Dependência de Substância em um indivíduo que abruptamente descontinuou benzodiazepínicos que foram tomados por longos períodos de tempo em doses terapêuticas e prescritas. Um diagnóstico de Dependência de Substância deve ser considerado somente quando, em adição a ter uma dependência fisiológica, o indivíduo que estiver usando a substância apresentar evidência de uma gama de problemas (por exemplo, um indivíduo que desenvolveu um comportamento de busca pela droga na medida em que atividades importantes são abandonadas ou reduzidas para se obter a substância)⁵¹.

A Organização Mundial da Saúde possui outro ponto de vista com relação aos critérios para dependência. Define-a de forma simples, pela necessidade de doses repetidas da substância de forma a se sentir bem ou para evitar sentir-se mal. “Quando o paciente precisa tomar doses repetidas da substância para evitar sentimentos ruins causados por sintomas de abstinência, a pessoa é dependente da droga”,⁵².

Segundo Ashton⁴⁵ os principais sinais para dependência são sintomas de abstinência na redução da dosagem ou retirada do medicamento, porém também o uso crônico, escalonamento de dosagens, tentativas frustradas em parar de usar, altos níveis de ansiedade. Existem três populações de dependentes: usuários de doses terapêuticas (que viraram dependentes inadvertidamente, com o uso contínuo de doses prescritas pelos seus médicos), usuários com prescrições em altas dosagens (onde se observa o grande escalonamento até alcançar as doses máximas recomendadas), e usuários de abuso recreacional de benzodiazepínicos (que em geral utilizam em concomitância com outros grupos de drogas, como álcool, cocaína, entre outros).

Verifica-se a importância da descontinuação do uso destes medicamentos, uma tarefa bastante difícil para pacientes e médicos. Evidências apontam que a melhor estratégia para parar de se utilizar um benzodiazepínico é a redução gradual da dosagem, acompanhada de suporte psicológico quando houver necessidade. Para pacientes com ansiedade ou utilizando benzodiazepínicos potentes como clonazepam, lorazepam e alprazolam, existem vantagens na condução da redução do medicamento com o diazepam. É um dos benzodiazepínicos com tempo de meia vida mais elevados⁴⁵, ou seja, possuem longo tempo de eliminação e permanecem por mais tempo no corpo. Isto proporciona uma queda na concentração sanguínea de forma mais lenta, e a sua disponibilidade em baixas dosagens permite reduções de dosagem baixas⁴⁵.

4 METODOLOGIA

4.1 PERCURSO METODOLÓGICO

Primeiramente, realizou-se revisão de literatura, que buscou referências sobre a dependência que os medicamentos contendo benzodiazepínicos podem gerar em usuários, as patologias envolvidas e que servem de base para as prescrições, e as influências exercidas pelos medicamentos em geral e especificamente os benzodiazepínicos sobre a vida das pessoas.

Em seguida, foi conduzida uma pesquisa qualitativa, pois se entende que seu objeto é complexo, contraditório e inacabado, passando por transformações constantes⁵³. Foram realizadas entrevistas em profundidade semi-estruturadas para investigação dos temas relacionados em usuários de um centro de saúde rede de saúde do Município de Florianópolis. Estas entrevistas combinam perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde não existem respostas pré-fixadas e o entrevistado tem a possibilidade de expor suas percepções sobre o assunto em questão⁵³.

As entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro de perguntas semi-estruturado, permitindo que o entrevistado pudesse discorrer sobre o tema estudado. O objetivo de dar liberdade com relação à resposta das perguntas é que o entrevistado pode falar de forma mais completa e profunda. Desta forma, há maiores chances de exporem detalhes sobre seus pontos de vista, como atitudes, crenças e sentimentos, gerando maior validade aos dados.

4.2 CAMPO DE PESQUISA E SUJEITOS DE PESQUISA

O campo de pesquisa escolhido foi um Centro de Saúde do Município de Florianópolis, sendo que os sujeitos de pesquisa foram usuários participantes de um grupo de acompanhamento de uso de medicamentos psicotrópicos. A pesquisadora foi apresentada aos sujeitos de pesquisa pelos coordenadores do grupo, e os usuários que utilizavam medicamentos a base de benzodiazepínicos foram informados acerca do contexto do estudo e convidados a participar do mesmo. Foi escolhido o grupo em questão, pois as pessoas que o frequentam possuem mais facilidade para falar sobre o assunto, visto que as questões envolvidas com o uso de medicamentos psicotrópicos são delicadas e envolvem sofrimento. Os vieses desta pesquisa estão

relacionados com a escolha dos sujeitos de pesquisa, pois a participação no grupo oferecido pela equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde em questão gera efeitos positivos e melhoras frente ao sofrimento dos usuários, diminuição da utilização de medicamentos, alívio com relação à renovação de receita, entre outros. Ainda, as inferências sobre os resultados obtidos poderão ser feitas somente sobre o grupo pesquisado, pois diferenciam-se dos demais usuários que não participam de um grupo semelhante. Foram entrevistados cinco indivíduos, usuários de benzodiazepínicos que fazem parte de um grupo de acompanhamento de uso de medicamentos psicotrópicos. São moradores da região circunscrita ao Centro de Saúde onde é realizado o grupo de acompanhamento e onde se deram as entrevistas. Nenhuma das pessoas contatadas para fazer parte da pesquisa se negou a participar. Não foi possível a realização de mais entrevistas por conta da disponibilidade de três indivíduos, um por viagem programada de longa data e outros dois por incompatibilidade de horários.

Nomes fictícios foram criados respeitando o sexo, para o leitor melhor se situar durante a leitura, de forma a preservar o anonimato dos sujeitos de pesquisa.

Tabela 2- Sujeitos de pesquisa de acordo com nome fictício, sexo, idade, ocupação, tipo de benzodiazepínico e tempo de uso.

Sujeito	Sexo	Idade	Ocupação	Benzodiazepínico	Tempo de uso
Marli	F	53	Dona de casa	Clonazepam 2mg	6 anos
Odete	F	62	Aposentada	Clonazepam 2mg	10 anos
Ana	F	55	Dona de casa	Diazepam 10mg	25 anos
João	M	58	Aposentado	Diazepam 10mg	15 anos
				Clonazepam 2mg	
Luis	M	58	Aposentado invalidez	Clonazepam 2,5mg/mL	10 anos

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela acima permite visualizar características individuais dos sujeitos com relação ao tipo de benzodiazepínico utilizado e o tempo de uso, o que pode trazer informações importantes sobre acontecimentos de vida decisivos para o início do tratamento.

Por conta da profundidade das entrevistas, segue-se uma caracterização individual, de forma que se possa compreender melhor os processos de vida pelos quais estas pessoas passaram, e que poderiam influenciar o uso de medicamentos psicotrópicos.

Marli, uma senhora de 55 anos, dona de casa, não possui renda. Nunca teve carteira assinada. Frequentou a escola até o quarto ano do primário e recentemente voltou a estudar no EJA, realizando um grande sonho, terminar os estudos. Tem quatro filhos, todos casados e já não moram mais com ela. Dedicou toda a sua vida a eles, motivo pelo qual voltou a estudar somente há dois anos. Seu estado civil é casada, porém há quinze anos ela e o cônjuge não vivem uma vida de casados, somente compartilham os cômodos da casa. Relata que há seis anos começou a sofrer de depressão, onde nos momentos mais delicados uma das filhas é quem cuidava dela. Foi neste período que começou a tomar o diazepam.

Odete está aposentada, tem 62 anos, possui renda mensal de 1 salário mínimo. Estudou até a quarta série do primário. Tem seis filhos, cinco casados, e a filha mais nova ainda mora com ela, e enfatiza que a mesma continua solteira. Se apresentou de forma um pouco dura, falando muito pouco sobre a família. Tomou por cerca de dez anos o diazepam 10mg, mas que já não estava lhe fazendo bem, e a mais ou menos 7 meses iniciou o uso de clonazepam 2mg (benzodiazepínico mais potente) e que desde então melhorou bastante, segundo sua fala.

Ana se considera “do lar”, e tenta se aposentar por invalidez, por possuir problemas devido a um acidente, e mesmo com duas cirurgias não se recuperou. Frequentou a escola até a 8ª série do primário. Teve uma infância muito difícil, criada em orfanatos, apesar de ter pai e mãe vivos. Relata ter muita mágoa dos pais e que sofreu maus tratos. Não consegue esquecer o que passou quando criança e adolescente. Morou um tempo com os pais aos 15 anos de idade, mas não se adaptou. Relata que é uma mãe guerreira, pensando no melhor para seus quatro filhos apesar de todas as dificuldades, não está casada. De acordo com a tabela apresentada anteriormente, pode-se verificar que utiliza benzodiazepínicos há 25 anos e seu uso se deu quando tinha apenas 30 anos de idade. Sempre tomou o diazepam, passando de 5mg para 10mg atualmente.

O senhor João tem 58 anos e é aposentado, com uma renda mensal média de dois mil reais. Coursou até a 8ª série do primário. Tem cinco filhos e é casado. Sua esposa também faz uso de benzodiazepínicos. Entre 15 e 20 anos atrás teve problemas psiquiátricos, e ele os identifica de acordo com os códigos do CID-10. São eles F21 (distúrbio esquizotípico) e F23 (distúrbios psicóticos agudos e transitórios), ambos transtornos transitórios (OMS, 2012), que, segundo sua fala, foram tratados em clínica de internação. Ainda, F41 (transtorno de pânico) e F42 (transtorno obsessivo-compulsivo) (OMS, 2012). Segundo Nutt³⁵, a eficácia dos benzodiazepínicos para o

transtorno obsessivo-compulsivo não é boa, de forma que o tratamento de escolha são os inibidores da recaptação da serotonina (um tipo de antidepressivo). Para o transtorno do pânico, o tratamento de escolha são inibidores da recaptação com a adição ou não de benzodiazepínicos, de forma que são necessários benzodiazepínicos potentes, como o clonazepam, utilizado pelo entrevistado. Porém, devem ser usados por períodos curtos, até cessarem as crises.

Tais diagnósticos foram dados por vários médicos durante o período de crises, neste momento controladas. Foi difícil compreender se ele teve mesmo todos estes diagnósticos, ou se pode ter se confundido, ao mencionar por exemplo, F21, F41. Porém, a partir de seu relato é plausível que estes diagnósticos tenham sido realizados. O que gera preocupação, é a forma como se autodenomina, como incorporou os diagnósticos e como recebeu os mesmos. Os benzodiazepínicos que utiliza atualmente são clonazepam 2mg e diazepam 10mg, usados em conjunto. Os toma de acordo com suas necessidades, de como se sente, de acordo com as incomodações do dia a dia. Já tomou uma série de outros medicamentos psicotrópicos para tratar os problemas que teve anteriormente.

Luis é um senhor aposentado por invalidez, de 58 anos de idade, e possui renda mensal em torno de 800 reais. Tem três filhos, todos adultos. Seu neto de 12 anos mora com ele e sua esposa, pois os pais se separaram (o pai do menino é seu filho). Nasceu em uma cidade do interior, e trabalhou a maior parte da vida com agricultura. Tem epilepsia, e relata que seu pai também tinha, assim como um irmão. Para o controle da doença utiliza a carbamazepina 200mg. A aposentadoria por invalidez se deu por conta da epilepsia, porém sempre que pode trabalha na forma de “bicos”. Desenvolveu ao longo dos anos colite, uma inflamação do intestino de origem emocional. Utiliza atualmente o clonazepam 2,5mg/mL na forma de gotas, 26 a noite, pois os comprimidos não faziam bem ao estômago e ao intestino. Conta que gosta muito de passar o tempo com seu neto, pois pode se distrair e esquecer um pouco os seus problemas e incomodações. Parece que o clonazepam não é utilizado como forma de controlar a epilepsia, uma vez que a tolerância que ocorre com relação aos efeitos anticonvulsivantes dos benzodiazepínicos ocorre de um a dois meses após o início do tratamento, e por isso são pouco utilizados para o tratamento profilático da epilepsia⁴⁴. Faz uso de fluoxetina 20mg de forma intermitente, por períodos de tempo definidos pelo médico, quando se sente deprimido.

4.3 TRATAMENTO DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise. Os dados oriundos das entrevistas foram organizados com a utilização de tabelas.

A análise dos dados levantados foi feita através da análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin. Neste tipo de análise, a autora do método divide a análise de conteúdo em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados⁵⁴.

Primeiramente as entrevistas, após a transcrição, foram lidas livremente e repetidamente, de forma que a pesquisadora pudesse se familiarizar com as falas. A partir dos objetivos deste trabalho, as falas foram então agrupadas por temas, que geraram categorias, que foram então analisadas separadamente, de acordo com o referencial teórico.

Estas categorias de análise foram: o tipo de benzodiazepínico utilizado e sua dosagem, a forma de utilização, assim como o tempo de uso; motivações para o início do tratamento com este tipo de medicamento e os motivos atuais para o uso contínuo; efeitos adversos causados pelo medicamento; relacionados à dependência, como necessidade de administrar o benzodiazepínico e tolerância; abstinência; preocupação com o estoque de medicamentos. É possível visualizar as categorias no Apêndice A.

4.4 CUIDADOS ÉTICOS

Anteriormente à realização da entrevista, foi apresentado ao sujeito de pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo especial cuidado para que o entrevistado compreenda os alcances e limites da pesquisa e a garantia da preservação do sigilo. Os princípios da bioética representados pela autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, devem ser respeitados a fim de preservar o entrevistado. Desta forma, segundo a resolução 196/96, que determina que pesquisas com seres humanos devem ser apreciadas por um Comitê de Ética em Pesquisa, o projeto inicial foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)⁵⁵, e aprovando sob o número 2114/11.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, os resultados das dissertações de mestrado devem ser apresentados na forma de artigo. Desta forma, os resultados e discussão serão apresentados na forma de 1 artigo científico, correspondendo ao item 8.1, a seguir. O título do artigo é “Análise das narrativas de usuários de benzodiazepínicos sobre seus usos e efeitos”.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rozenfeld S. Avaliação do uso dos medicamentos como estratégia para a reorientação da política de insumos em saúde. **Cad. saúde pública**. 1989; 5(4):388-402.
2. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Moore PK. **Farmacologia**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.
3. World Health Organization. **17th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines**. WHO Technical Report Series n. 34. Geneva; 2009.
4. Horwitz AV, Wakerfield J. **A Tristeza Perdida**. São Paulo: Summus; 2007.
5. Goodman JG, Gilman AG. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1996.
6. Neubauer DN. The Evolution and Development of Insomnia Pharmacotherapies. **J Clin Sleep Med** 2007; 3(5):S11-S15.
7. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Tranquilizantes ou Ansiolíticos: benzodiazepínicos**. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/index.php>> . Acesso em: 31 maio 2010.
8. Brasil. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010**. Brasília; 2011.
10. Brasil. Secretaria de Vigilância Sanitária. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Portaria n. 344, de 12 de março de 1998.
11. Mendonça RT, Carvalho ACD. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. **Rev. latinoam. enferm.** 2005; 13(2):1207-1212.

12. Ribeiro CS, Azevedo RCS, Silva VF, Botega NJ. Uso crônico de diazepam em unidades básicas de saúde: perfil de usuários e padrão de uso. **São Paulo med. j.** 2007; 125(5):270-274.

13. Carlini EA, Galduróz JCF. **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:** Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2005.

14. Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas. Apresenta os dados nacionais sobre intoxicações. Disponível em: <www.sinitox.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 25 maio 2010.

15. Toledo-Ricardo AS, Mello SM, Bucarechi F. Centro de Controle de Intoxicações de Campinas. **Relatório Anual dos Atendimentos do Centro de Controle de Intoxicações de Campinas/2008.** [Relatório] Campinas, 2008.

16. Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W, Csizmar J, Costa A, Faria MA, Hidalgo SR, Assis D, Nappo SA. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. **Rev. bras. psiquiatr.** 2002; 24(2):68-73.

17. Caponi S. Da Herança à Localização Cerebral: sobre o Determinismo Biológico de Condutas Indesejadas. **Physis (Rio J.)** 2007; 17(2):343-352.

18. Tesser, C.D. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. **Physis (Rio J.)** 2007; 17(3):465-484.

19. World Health Organization. **Rational use of medicines.** Apresenta o conceito do Uso Racional de Medicamentos. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/>. Acesso em: 23 maio 2012.

20. International Narcotics Control Board. **Psychotropic Substances.** New York: United Nations; 2012.

21. Carlini EA, Galduróz JCF. **I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2001.
22. World Health Organization. **The rational use of drugs**: Report of a conference of experts in Nairobi. Geneva, 1987.
23. Brasil. Anvisa. **Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/sngpc/index.asp>>. Acesso em: 03 abril 2012.
24. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica. **REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais**. 2010.
25. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução Normativa n.03, de 15 de setembro de 2010**. Normatiza o fluxo de serviços da Gerência de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde.2010.
26. Conrad P. **The Medicalization of Society: on the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University; 2007.
27. Angell M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Rio de Janeiro/São Paulo: Record; 2007.
28. Barros JAC. Ampliando espaços para a medicalização: instrumento para desfrute de melhores níveis de saúde? In: Caponi S, Verdi M, Brozozovski FS, Hellmann F. (orgs.), **Medicalização da Vida – Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Florianópolis: Unisul; 2010. p.89-95.
29. Brasil. Lei n. 9.294, de 2 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumigantes, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Brasília; 1996.

30. Santos I, Faria M. Conflitos bioéticos e as políticas para acesso aos medicamentos In: Caponi S, Verdi M, Brozozovski FS, Hellmann F. (orgs.), **Medicalização da Vida – Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Florianópolis: Unisul; 2010. p.278-289.
31. Hernáez AM. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: Caponi S, Verdi M, Brozozovski FS, Hellmann F. (orgs.), **Medicalização da Vida – Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Florianópolis: Unisul; 2010. p.111-134.
32. World Health Organization. **WHO Model List of Essential Medicines – 17th list**. World Health Organization; 2011.
33. National Health Committee. **Guidelines for Assessing and Treating Anxiety Disorders**. Wellington, New Zeland; 1998.
34. Guimarães FS. Hipnóticos e Ansiolíticos. In: Fuchs FD, Wannmacher L. **Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.711-727.
35. Nutt DJ. Overview of Diagnosis and Drug Treatments of Anxiety Disorders. **CNS Spectr** 2005; 10(1):49-56.
36. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. **Eur Neuropsychopharmacol** 2005; 15(1):357-376.
37. ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. **Acta Psychiatr Scandinavica** 2004; 109(1): 47-54.
38. Neubauer DN, Smith MT. Why treat insomnia? **Clin Focus** 2006; 13(8):46-50.
39. National Institutes of Health. **State of the Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults**. 2005; 22(2).

40. Wilson S, Nutt D. Management of insomnia: treatments and mechanisms. **Br J Psychiatry** 2007; 191(1):195-197.
41. Hollbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepines use in the treatment of insomnia. **CMAJ** 2000; 162(2): 225-233.
42. World Health Organization. **The Importance of Pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products**. Geneva: World Health Organization; 2002.
43. Pechansky F et al. Fármacos de uso não médico. In: Fuchs FD, Wannmacher L. **Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.758-778.
44. Bateson AN. Basic Pharmacologic Mechanisms Involved in Benzodiazepine Tolerance and Withdrawal. **Curr Pharm Des** 2002; 8(1):5-21.
45. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. **Curr Opin Psychiatry** 2005; 18(1): 249-255.
46. Lader M. Effectiveness of benzodiazepines: do they work or not? **Expert Rev Neurother** 2008; 8(8):1189-1191.
47. Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. **Addiction** 2011; 107(5):900-908.
48. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. An evaluation of persisting cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use. **J Int Neuropsychol Soc** 2005; 11(3):281-289
49. Firmino KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**. 2012; 17(1):157-166.
50. Dybwad TB, Kjølørød L, Eskerud J, Laerum E. Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway. **Fam Pract** 1996; 14(5):361-368.

51. American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4ª ed. (rev). Porto Alegre: Artmed; 2002.
52. World Health Organization. Selective serotonin re-uptake inhibitors and withdrawal reactions. In: **Who Drug Information** 1998; 12(3):136-138.
53. Minayo MCS. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1999.
54. Bardin L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.
55. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

7 ARTIGO CIENTÍFICO

Usos e efeitos dos benzodiazepínicos na visão de usuários

Uses and effects of benzodiazepines in the view of users

Ana Carolina Welter¹

Sandra Caponi¹

* Este artigo é parte da dissertação de mestrado de Ana Carolina Welter apresentado ao Programa de Saúde Coletiva – área de concentração Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina

Correspondência:

Sandra Caponi

Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário – Trindade

Florianópolis – SC – Brasil

CEP: 88010-970

E-mail: sandracaponi@gmail.com

1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil .

Resumo

Benzodiazepínicos podem gerar dependência. São recomendados para tratamentos curtos, porém muitos usuários fazem uso contínuo. Este trabalho buscou compreender os motivos pelos quais os sujeitos iniciam o tratamento, porque mantêm o uso contínuo, os efeitos experimentados, investigar tentativas de suspensão e como se dá esse processo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com base em entrevistas semi-estruturadas. Foram entrevistados cinco indivíduos participantes de um grupo de acompanhamento de medicamentos psicotrópicos de um Centro de Saúde. As motivações que levaram os indivíduos a procurarem ajuda médica surgiram na forma de diagnósticos como ansiedade, depressão, problemas psiquiátricos. Após indagações mais profundas, os problemas da vida foram observados como motivos. Chegar à abstinência é difícil e gera sintomas desagradáveis que podem fazer com que os indivíduos se tornem resistentes a novas tentativas, apesar de terem consciência de sua importância. Os problemas decorrentes das adversidades da vida, assim como a forma de lidar com estas situações, desempenharam papel importante para o estabelecimento da situação emocional dos sujeitos de pesquisa, levando-os a iniciar e manter tratamento farmacológico com benzodiazepínicos, sendo possível desvendar processos de medicalização da vida.

Palavras-chave: benzodiazepínicos, medicalização da vida, dependência

Abstract

Benzodiazepines can generate dependence. They are recommended for short-term treatments, but many users do continuous use. This study sought to understand the reasons for which individuals start treatment, why they maintain regular use, the effects experienced during use and investigate attempts to suspend and how this process takes place. This is a qualitative research based on semi-structured interviews. Five individuals from a Health Center that participate of a monitoring group of psychotropic medications were interviewed. The motivations that led individuals to seek medical help appeared as diagnosis such as anxiety, depression, psychiatric problems. After deep questions, the problems of life were observed as motives. Achieving abstinence is difficult and generates unpleasant symptoms that may cause resistant to new attempts, although the subjects are aware of its importance. The

problems arising from the adversities of life, as well as how to deal with these situations, played an important role in establishing the emotional status of the subjects of the study, leading them to start and maintain a pharmacological treatment with benzodiazepines, which can unravel processes of medicalization of life.

Keywords: benzodiazepines, medicalization of life, dependence

INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos possuem diferentes aplicações terapêuticas e podem ser utilizados como ansiolíticos, hipnóticos, sedativos, relaxantes musculares ou anticonvulsivantes¹. Segundo recomendações feitas por estudos, devem ser utilizados para tratamentos curtos, até quatro semanas, salvo indicações específicas. Usados por longos períodos podem induzir dependência². Porém, muitas pessoas os utilizam por mais que 12 meses, e muitas vezes não recebem orientação sobre o tempo de uso adequado³. Noto et al.⁴ apontam que o Brasil possui tendência à utilização irracional de medicamentos narcóticos e psicotrópicos, incluídos os benzodiazepínicos.

Desta forma, nos deparamos com o problema da medicalização da vida. A psiquiatria passou a patologizar comportamentos da vida, ignorando a distinção entre normalidade e patologia⁵. O processo de medicalização social pode ser visto como a intervenção da biomedicina, redefinindo comportamentos humanos como patológicos⁶, que pode levar à iatrogenia clínica, processo onde uma tecnologia médica causa dano à saúde humana⁷, neste caso os efeitos negativos gerados por medicamentos.

Este artigo se propõe a verificar os motivos pelos quais as pessoas iniciam e mantêm o uso de benzodiazepínicos, os efeitos experimentados por usuários expostos ao uso prolongado, investigar tentativas de suspensão destes medicamentos e como se dá esse processo, assim como verificar como se defrontam com o uso e com o problema da dependência.

MÉTODOS

O universo de estudo da pesquisa foram usuários de benzodiazepínicos, participantes de um grupo de acompanhamento de uso de medicamentos psicotrópicos de um Centro de Saúde de

Florianópolis – SC. Foram entrevistados cinco usuários que tinham disponibilidade para a realização das entrevistas.

Realizou-se a coleta de dados por meio de entrevistas em profundidade semi-estruturadas para investigação dos temas relacionados, combinando perguntas fechadas e abertas, onde não existem respostas pré-fixadas e o entrevistado tem a possibilidade de expor suas percepções sobre o assunto em questão⁸. A partir das informações obtidas foram estabelecidos grupos de temas comuns, denominadas categorias, para posterior análise.

A análise dos dados foi feita através da análise de conteúdo proposta por Bardin⁹. Neste método, a autora divide a análise de conteúdo em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado sob o número 2114/11. Para a análise das entrevistas foram criados nomes fictícios respeitando-se o sexo, de forma a preservar o anonimato dos sujeitos de pesquisa.

CONCEITOS: MEDICALIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE DEPENDÊNCIA

Segundo Conrad¹⁰, o conceito de medicalização refere-se a um processo, onde problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como tais, adquirindo o status de doenças e distúrbios. A medicalização possui grande importância social e uma tendência crescente.

Ao passo que a medicalização gradualmente se instalou no contexto da biomedicina, um número crescente de problemas da vida passou a ser definido como problemas médicos. Este processo acontece de modo que “o problema é definido utilizando-se termos médicos, descrito a partir da linguagem médica, entendido a partir das idéias médicas, e tratado com uma intervenção médica”¹⁰. Assim, novas categorias de doenças surgiram e processos normais da vida como ansiedade, humor, morte foram medicalizados. Este movimento pode ser visto no aumento do número de diagnósticos encontrados no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que subiu de 106 em 1952 para 297 em 1994¹⁰.

Conrad também se remete ao olhar da clínica sobre o indivíduo, que não leva em conta para o diagnóstico os impactos causados pelo contexto social que podem influenciar ou produzir o problema. O que se

observa, é que a medicalização focada no tratamento individual acaba por individualizar problemas sociais¹⁰.

Horwitz e Wakerfield⁵ tratam da crescente medicalização de problemas cotidianos. Atualmente se utilizam medicamentos para tratar aspectos normais da vida, situações da vida em sociedade. O sofrimento gerado pelas adversidades do dia a dia pode ser intenso e é legítimo. Porém, a forma de resolução em geral centrada nos medicamentos, é criticada segundo esta visão. Coloca-se a questão da distinção entre normalidade e patologia, ignorada pela psiquiatria, gerando estados medicalizados que não deveriam ser passíveis de tratamento farmacológico⁵.

Ainda, é importante prestar atenção à forma de diagnóstico sobre a dependência de substâncias. Atualmente o DSM é o *handbook* quando se trata de transtornos mentais. Nielsen et al.¹¹ aponta preocupações sobre com a forma como o diagnóstico de dependência aparece no DSM. Segundo a crítica, na terceira edição (DSM-III) era necessário ou o desenvolvimento de tolerância ou síndrome de abstinência para o estabelecimento do diagnóstico. Já nas edições posteriores, a dependência foi caracterizada como um grupo de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos. Tolerância e abstinência estavam entre as manifestações, mas não eram mais consideradas suficientes para o diagnóstico. A quarta edição trouxe a abstinência como um diagnóstico autônomo e não somente como um critério diagnóstico, o que possibilita que pacientes possam ser considerados não dependentes por conta da possibilidade de diagnóstico somente de Abstinência.

O diagnóstico de dependência se baseia em critérios não necessariamente apresentados como sintomas, mas sim comportamentais e principalmente relacionados a um padrão compulsivo com relação à substância. Pacientes podem ser considerados não dependentes, pois existem outros critérios que devem ser preenchidos, difíceis de serem usados na clínica. Os benzodiazepínicos induzem à dependência, mas seu uso não necessariamente leva à fissura pela droga assim como se observa em outras substâncias como álcool, o que pode levar a diagnósticos errôneos, com a afirmação de que o paciente possui somente Síndrome de Abstinência, um diagnóstico válido segundo o DSM¹¹.

É possível fazer uma relação desta análise sobre o diagnóstico de dependência com o conceito de elasticidade das categorias médicas propostas por Conrad¹⁰, onde estas categorias, principalmente no âmbito da psiquiatria, são muito fluidas, permitindo a expansão ou contração

das mesmas. A expansão do domínio de uma categoria médica descreve um processo pelo qual as definições tornam-se mais amplas, estendendo-se os limites, incluindo condições semelhantes ou relacionadas. As expressões ficam mais amplas para incluir novos problemas ou para incorporar populações adicionais além do que foram designados da formulação inicial do diagnóstico¹⁰. O problema que se coloca diante deste raciocínio é que mais pessoas podem ser consideradas doentes, tornando-se potenciais consumidoras de medicamentos, pois houve redefinição de doenças e suas causas de maneira superficial¹².

Fazendo uma ponte com o conceito de Conrad, poderíamos afirmar que a categoria de dependência teria uma pequena elasticidade, pois, pela dificuldade em se estabelecer um diagnóstico, abarcaria poucos indivíduos. Categorias com grande elasticidade geram grande medicalização, fato inverso para a categoria dependência que seria circunscrita, uma vez que quanto menos pessoas forem diagnosticadas como dependentes, maior será margem para uma maior medicalização. Se o indivíduo não preenche os critérios necessários, como por exemplo, padrão de comportamento compulsivo com relação à substância, existe uma maior margem para medicalizá-lo, uma vez que o medicamento não está “causando” dependência, e portanto não há problema em dar continuidade à farmacoterapia ou adicionar novos fármacos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Guimarães¹³ aponta que os ansiolíticos não curam transtornos de ansiedade, apenas aliviam os sintomas, fazendo com que o indivíduo obtenha certa funcionalidade e a partir disso seja possível enfrentar as questões que a causam. Porém, muitas vezes a prática não segue as recomendações teóricas, de forma que muitos usuários de benzodiazepínicos utilizem deste paliativo como resolução dos problemas.

Apesar de recomendações para que o uso ocorra em períodos curtos², observa-se que os participantes da pesquisa o fazem por anos e não foram utilizados como suporte inicial.

Ah esse que eu comecei a tomar agora, esse deve de fazer uns, faz uns 10 anos, é uns 10, 12 anos. (Luis)

Verificou-se que houve aumento na dosagem de forma gradual e lenta. Quando o início do tratamento se deu com o diazepam, iniciou-se

com a dosagem de 5mg, posteriormente aumentando para 10mg. A evolução da terapia em três casos se deu com a troca pelo clonazepam 2mg, um benzodiazepínico potente com maior possibilidade de causar dependência¹⁴. Parece que o aumento de dosagem e troca para formas mais potentes pode ter relação com o sentimento de que a terapia em curso não possui mais o efeito desejado.

Foi aumentado, de cinco pra 10. Isso. Acho que depois de uns seis sete anos. Esse aí [clonazepam] faz uns sete meses que eu tomo. Antes tomava diazepam. Porque eu tomava dez e não melhorava. Aí me dava aquela angustia direto no coração que eu achava que eu tava assim pra morrer né? Que a gente sente aquela coisa no coração né, parece assim que tá cheio. (Odete)

MOTIVOS PARA O INÍCIO E PARA O USO CONTÍNUO

Segundo Cook et al.¹⁵, os motivos pelos quais indivíduos iniciam um tratamento com benzodiazepínicos são ansiedade, problemas para dormir, perda de um ente próximo, depressão. Notou-se que os benzodiazepínicos também são utilizados para lidar com o estresse do dia a dia, desde pequenas irritações até grandes adversidades, como cuidar de uma pessoa doente.

As motivações que levaram os sujeitos de pesquisa a procurarem a ajuda médica, que resultou na prescrição de um benzodiazepínico apareceram primeiramente como diagnósticos como ansiedade, depressão, problemas psiquiátricos. No entanto, os benzodiazepínicos não são considerados tratamento de escolha para ansiedade e depressão². Justifica-se o uso somente até os efeitos de antidepressivos serem pronunciados, em torno de quatro semanas¹⁶. Verifica-se na fala a seguir os motivos remetendo-se a um diagnóstico.

Ah porque eu caí na depressão, eu fiquei 1 mês sem me mexer, minha filha que me dava banho, a gente até ouvia falar em depressão né, mas eu achava ah isso não existe, são pessoas que não procuram o que fazer né, alguma atividade. (Marli)

Segundo Hernáez¹⁷, pacientes podem fazer um autodiagnóstico, pois já conversaram com pessoas próximas que tomam o medicamento. Pedem ao médico medicamento específico, que fez bem à pessoa com a qual teve contato e possui um problema parecido. Assim, a reconversão dos problemas humanos em patologias pode ser entendida como processo de uma hegemonia que atua tanto na área das especialidades

como nas crenças populares, criando-se um sentido comum que permite a incorporação dos produtos das indústrias¹⁷. O autodiagnóstico é feito antes mesmo de receber um diagnóstico clínico, o que pode ser observado no relato quando o filho indica qual médico deve consultar.

Porque eu consultava o cardiologista que passou o diazepam porque era muito ansiosa e depois me passou pro psiquiatra porque tinha muita depressão, chorava muito muito muito. Eu sentia uma angustia, uma dor no coração, uma agonia assim um sufoco que eu tinha que chorar. Foi isso que me levou, que eu estava com um problema psiquiátrico, porque eu tinha vontade assim de me matar né. Que eu um dia corri pra estrada pra me matar e foi meu filho atrás e me pegou né. Não deixou, então, daí eu falei pra ele e ele disse não, a senhora esta precisando ir pro neuro, pro neuro passar pro psiquiatra. (Odete)

A partir da fala acima observa-se a incorporação de modelos explicativos, utilizando-se de “narrativas hegemônicas como as próprias da linguagem biomédica, que facilitam a transformação de seus mal-estares em doenças e que contêm estruturas que des-historizam e dessocializam suas próprias vivências”¹⁷.

Hacking¹⁸ afirma que o homem cria categorias para os diferentes tipos de seres humanos, que geram efeitos importantes com relação aos comportamentos das pessoas, o chamado “efeito de arco”. Indivíduos são as extensões das classificações, que formam um grupo de pessoas com as mesmas características e recebem um nome que as identifica. A pessoa passa a se identificar de acordo com a categoria que lhe foi designada, se ajusta de acordo com o que passou a ser a sua verdade. Os estereótipos são criados, e as pessoas acreditam que é aquilo que são, determinados pelo conhecimento dos especialistas, que as definem¹⁸. A situação da rotulação pode ser observada na fala a seguir, onde o indivíduo se define através de letras e números, de acordo com os códigos da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças).

Eu recebi o diagnóstico, tá até na minha ficha aqui, muitas umas quatro nem sei muito bem entendeu. F21, F41, F42, mais essas coisas assim. F23 esse foi uma doutora que me deu pra mim o F23. Aí eu fui meio curioso entendeu? Fui pra internet pra gente ver. A coisa não é muito boa entendeu? (João)

Utilizam-se medicamentos para tratar aspectos normais da vida, como problemas familiares, perda de emprego, perdas de entes próximos. Estas situações podem gerar sofrimento intenso e

incapacidades, sendo estas legítimas, porém não deveriam necessitar de tratamento farmacológico⁵. Conrad¹⁰ coloca que o contexto social deixou de ser relevante para os diagnósticos psiquiátricos, o que levou a uma individualização dos problemas sociais, focando-se no tratamento individual. Seguindo esta mesma linha, Hernández¹⁸ faz uma análise sobre os “processos de naturalização das aflições humanas e sua reorganização em doenças”, quando ocorre a dessocialização do sujeito, possibilitando a dessocialização das interpretações clínicas e os sintomas são analisados dissociados dos processos sociais. Segundo o autor, estes processos estão se tornando mais amplificadas, pois há maior aceitação em resolver problemas emocionais com a utilização de medicamentos psicoativos.

Observou-se que os aspectos e fatos da vida são percebidos pelos sujeitos como relevantes para o desenvolvimento do seu estado emocional.

Sim sim, mas são coisas que vêm acumulando desde a infância da gente né? E aí no caso vai mexendo com a mente, eu acredito que seja isso né? A gente vai acumulando, igual uma caixinha de surpresa né. Você não sabe o que tem ali dentro, é mesma coisa o nosso corpo. (Marli)

Segundo Illich⁷, um dos processos que reforça a medicalização é o exercício do poder da medicina, diminuindo a capacidade e autonomia das pessoas para lidar com sofrimentos, problemas, dores, tornando-as dependentes da entidade e tecnologias médicas. Tornam-se cada vez mais consumidores de tecnologias médicas, como os medicamentos, pois não podem mais utilizar de suas práticas e saberes como modo de recuperar-se e enfrentar as dificuldades.

Na fala abaixo se observam motivos de utilização de benzodiazepínicos, enfatizando-se aspectos da vida cotidiana e a inabilidade construída a partir da diminuição da capacidade de lidar com situações adversas.

Pra poder aliviar o coração, que eu sinto aquelas fisgadas no peito. É preocupação né querida? Com os filhos tudo né? Incomodação, porque assim, eu fui uma pessoa que não tive pai não tive mãe, aí da aquela dor sabe. Mas tive uma infância assim muito marcante (choro). Eu tenho assim muita dor dos meus pais. (Ana)

Um estudo qualitativo sobre a visão de usuários de benzodiazepínicos sugeriu que os efeitos desagradáveis experimentados

durante a redução da dosagem ou retirada abrupta do medicamento pode ser fator contribuidor para o uso contínuo. Os efeitos decorrentes são insônia, dores e sentimentos subjetivos de estar doente e ocorrem quando se deixa de utilizar o benzodiazepínico em 1 ou duas noites consecutivas, não realizando diminuição gradativa, o que resulta em medo de retomada dos sintomas e reinstalou-se o uso¹⁹. Outros sintomas decorrentes deste processo são os relacionados a ansiedade, reportados por grande parte de usuários²⁰. Os sintomas da retirada abrupta são relatados pelos entrevistados.

Porque se eu passo dois dias sem tomar ele me derruba. Me dá um mal estar aí eu agarro a cama. Mal estar assim, uma moleza parece que eu não tenho nervos no corpo. (Odete)

De acordo com o observado, os benzodiazepínicos parecem ser o grande alento pelo qual esperam em suas vidas, pois começam a se sentir melhor, aliviando os sintomas. Como menciona Lader²¹, um fator que favorece a utilização prolongada de benzodiazepínicos é a percepção dos indivíduos de que produzem efeitos terapêuticos gratificantes e rápidos.

Eu me sinto bem. Me sinto bem, parece que vai assim melhorando isso aí. Porque parece assim um punhal. Aliviada, aliviada. (Ana)

Segundo Cook et al.¹⁵, indivíduos tendem a explicar o uso prolongado afirmando que o benzodiazepínico faz com que se sintam mais como si mesmos, que são importantes em suas vidas, pois podem trazer calma, paz e controle emocional. Em certos casos há uma ilusão de que sem a medicação não seria possível continuar a vida. Este tipo de explicação pode ser observada nas falas dos sujeitos de pesquisa.

Ah me deixa calma. Fico relaxada. (Marli)

Se não fosse esse remédio eu não sei. Eu tenho que tomar. (Odete)

E esse parece que me fez viver um pouco melhor. Foi uma mudança positiva. Pra mim foi o melhor remédio que eu tomei até hoje. (João)

Ver o medicamento como algo positivo, com a ilusão de aliviar ou minimizar os problemas cotidianos de forma rápida entra nas perspectivas de Horwitz e Wakerfield sobre como somos levados a tentar solucionar os problemas da vida. Segundo os autores, a sociedade

de consumo preconiza a relação custo-benefício, onde tratamentos farmacológicos são mais rápidos e baratos, minimizando o sofrimento psíquico⁵. Caracteriza-se a busca pelo “alívio imediato” encontrado nos medicamentos. Nota-se a busca de alívio sobre sentimentos e sintomas negativos, que quando aparecem, a ação é a tomada do medicamento.

Ai eu me sinto aliviada, parece que eu estou indo pro céu. Um alívio assim, uma dor que fica assim fisgando, porque a minha obsessão é ir ali pegar o remédio, é chegar até o remédio quando eu sinto o coração. Porque eu fico assim oh (mão no peito). Sabe? Dói dói dói dói. Dói mesmo, parece assim que está uma faca enfiaando. E tomo remédio, começa a me aliviar aos pouquinhos. O que Santo remédio. A gente é obrigado, a gente depende dele. (Ana)

Assim como Hernáez¹⁷ aponta em seu estudo que o antidepressivo se tornou um “mecanismo de resolução de problemas sociais e biógrafos e que, paradoxalmente, isso foi possível mediante uma des-socialização e des-historização” das pessoas e de suas experiências, os benzodiazepínicos parecem ter o mesmo sentido para os sujeitos desta pesquisa, uma vez que são utilizados para aliviar os sintomas decorrentes de pensamentos e sentimentos negativos relacionados a problemas enfrentados na vida, necessários para continuar suas atividades diárias. Isto pode ser observado na fala anterior. Coloca que quando toma o remédio seus sintomas começam a ser aliviados aos poucos, recebendo status de Santo.

Indagados sobre quando sentem necessidade de tomar o medicamento, notou-se que se referem a problemas cotidianos. Não conseguem lidar com situações adversas ou até normais do dia a dia, como receber uma notícia triste, resolver problemas familiares, a eminência de prova ou compromisso. Assim, comportamentos antes considerados normais passam a ser considerados patologias que devem receber tratamento farmacológico⁵. Aqui verifica-se em que tipo de situações há a necessidade de tomar o medicamento.

Sim, quando eu me incomodo sim. Eu controlo no caso né, mas não olha eu fico super nervosa no dia que tem uma prova. É uma coisa, eu sempre tive vontade de fazer é poder estudar, mas eu me sinto nervosa. Se meu filho aconteceu alguma coisa né, no caso o dia a dia é estressante pra gente é bem estressante. Então se eu não tomar eu me sinto assim... angustiada sabe? Me sinto depressiva. Eu tomo 1 e fico totalmente relaxada. (Marli)

Segundo Conrad¹⁰, houve uma diminuição da tolerância da população a sintomas leves, “estimulando uma medicalização progressiva da angústia física em que estados corporais desconfortáveis e sintomas isolados são reclassificados como doenças”. Os sujeitos expressaram estados psíquicos decorrentes de acontecimentos cotidianos e a dificuldade de desenvolver ações a partir de tais situações.

É na hora que eu recebo uma notícia triste, na hora que assim sabe, eu vejo uma briga, eu vejo assim um acidente. Ai aquilo me, sabe? Me dá aquela dor. Não posso ver fogo. Nada nada. Ai eu já vou logo pro remédio. A única sobrevivência que eu tenho é no remédio. (Ana)

A partir da análise dos resultados, verificou-se que os problemas decorrentes das adversidades da condição humana tiveram grande impacto no estabelecimento da situação emocional dos sujeitos de pesquisa. Os problemas da vida e a forma como lidam com os mesmos foram decisivos para o estabelecimento e manutenção do uso de benzodiazepínicos, embasado em um diagnóstico relacionado a um problema mental, corroborando a ideia de que a medicalização permeia a sociedade e muda a vida das pessoas.

É importante conhecer as histórias de vida de usuários de benzodiazepínicos, o que pensam sobre seu tratamento, o que sentem quando estão sob o efeito do medicamento, suas perspectivas sobre os problemas e a vida, para ser possível criar estratégias de intervenção e prevenção, no sentido de verificar as reais necessidades da tratamentos com medicamentos benzodiazepínicos.

EFEITOS ADVERSOS

Reação Adversa a Medicamento é definida como resposta a medicamento que seja nociva e não intencional, que ocorre em doses normais utilizadas para profilaxia, diagnóstico, tratamento ou para modificações de funções fisiológicas²².

Os efeitos adversos aos benzodiazepínicos mais comuns são sonolência, sedação, fraqueza muscular, ataxia. Ainda vertigem, dor de cabeça, confusão, depressão, fala arrastada, tremores, distúrbios visuais, distúrbios gastrointestinais, alterações da salivação e amnésia². São mais sérios em idosos, podendo gerar sedação excessiva, tremores, lentidão psicomotora, comprometimento cognitivo e o problema da dependência¹. O uso concomitante com o álcool ou em altas doses pode

levar a sérias complicações, incluindo depressão respiratória grave²³, overdose e acidentes de trânsito².

Apesar de verificar nas falas dos entrevistados que os mesmos apresentavam efeitos adversos, foi preciso indagar diversas vezes sobre possíveis sintomas apresentados após o uso. Em geral, tiveram tendência de negar, subestimar ou desconsiderar os efeitos adversos decorrentes da terapia. Fato semelhante foi observado por Cook et al.¹⁵, onde os pacientes perceberam o uso contínuo como uma necessidade. Quando perguntados sobre efeitos adversos não referem nenhum sintoma.

Não, assim que eu sentisse diferença não. (Odete)

Após maiores indagações os efeitos adversos vieram à tona, apesar de parecer que não os entendem como efeitos adversos ao medicamento. Verifica-se sonolência, fraqueza muscular², condizentes com o estado colocado pela entrevistada, de sentir como se tivesse ingerido bebida alcoólica.

Me sinto assim meio grogue, parece assim que eu tomei cachaça (risos) mas depois passa. (Odete)

Com relação aos efeitos adversos como sonolência, sedação, fraqueza muscular, ataxia, fala arrastada², observa-se que apareceram no início do tratamento e depois de algum tempo de uso já não são tão pronunciados. Parece que os indivíduos desenvolveram tolerância ao efeitos adversos iniciais.

Não isso aí no começo até me sentia meio devagar. É pouco pouco, não deixa tanto como antigamente, antigamente deixava meio embaçado meio travado. Hoje não, hoje bem mais tranquilo. (João)

Não sinto mais sono. No começo eu sentia. Sentia porque eu tava começando a tomar o remédio que eu nunca tinha tomado. Bocejava. Eu perguntava meu Deus? Porque eu to bocejando tanto? (Ana)

O tratamento com benzodiazepínicos está associado ao risco de quedas, causando problemas como ossos quebrados²⁴. Um estudo prospectivo com idosos hospitalizados mostrou que benzodiazepínicos com tempo de meia vida muito curtos ou curtos, estão associados a quedas²⁵. Herings et al.²⁶ também relacionaram benzodiazepínicos como um grande e independente fator de risco para quedas que podem levar a fraturas de fêmur.

Um sujeito de pesquisa apresentou queda que parece estar relacionada ao uso de clonazepam, pois sentiu-se tonto ao acordar, um efeito adverso ao medicamento.

Uma vez eu cá, bati a cabeça, nunca melhorou esse lado aqui oh. Tem uma dor aqui assim, uma dor que tá doido! Me deu uma tontura sabe?
(Luis)

Os benzodiazepínicos podem causar amnésia anterógrada, onde se perde a capacidade de criar novas memórias e absorver novas informações². Os déficits cognitivos incluem áreas de memória verbal, performance e controle motor, memória não verbal, sendo que os prejuízos podem permanecer até mesmo após a interrupção do tratamento²⁷.

Eles passaram vários remédios que eu não sei nem te contar, que a cabeça não ajuda (Luis)

Outro fator importante é que, em geral os médicos não os informam sobre os possíveis efeitos adversos ou informam somente sobre alguns aspectos¹⁵, o que pode dar a falsa impressão da segurança do medicamento, o que poderia influenciar o uso contínuo.

Não, não explicou nada. A doutora não falou nada pra mim entendeu?
(João)

DEPENDÊNCIA

Os sujeitos de pesquisa foram indagados sobre a necessidade de tomar a medicação no sentido de precisar. Afirmam que sentem a necessidade de tomá-la, não indicam fissura pelo medicamento, mas colocam situações de necessidade.

Preciso. Tenho, tenho porque se não outro dia eu levando ruim, tudo me incomoda, tudo me irrita.. Às vezes eu tomo de dia, se eu estou ruim eu tomo. (Odete)

Sinto. Eu sinto, eu preciso mesmo entende? Eu sinto assim que não é uma fissura assim não, ah vai morrer se não tomar. Sinto falta, sinto necessidade, porque se eu ficar assim dois dias sem tomar eu, começa a afetar tudo né. Começa a não dormir direito, começa a pensar

coisa ruim, começa a não querer sair de casa, começa de só querer ficar na cama entende? (João)

Um dos sinais para se tentar chegar a um diagnóstico de dependência é a tomada de mais comprimidos do que o prescrito pelo médico. É um sinal de tolerância à medicação, quando as doses iniciais já não fazem os mesmos efeitos, e para obter-se o efeito desejado são necessárias mais doses²⁸, como observado a seguir.

Ah tem vezes que eu tomo três por dia, tem vezes que eu tomo dois. Porque a médica mandou tomar só a noite né. Mas a noite não tava dando conta do recado aí eu comecei a tomar entende de manhã, tem vezes de meio dia, e tem vezes a tarde. (João)

Segundo Bateson²⁸, a dependência pode ser definida quando o fármaco não produz os mesmos efeitos farmacológicos que produzia no início do tratamento, e acontece por exposição prolongada. Nota-se nos entrevistados tolerância tanto aos efeitos hipnótico/sedativos quanto aos ansiolíticos, pois relatam que tomam mais doses do que o recomendado.

Eu tomo 1 à noite. Aí quando eu não durmo que eu vou até meia noite 1 hora, aí eu tomo outro. É porque duas miligramas eles dizem que é forte, mas sei lá. Às vezes eu não sinto assim que é forte, aí eu tomo outro. É... às vezes é pra tomar só a noite. Tomo de noite e de dia. Eu preciso daquilo ali. Tomo, aí eu fico melhor. Eu sei que eu to precisando daquilo ali. (Odete)

Segundo Barker et al.²⁷, é importante que usuários crônicos de benzodiazepínicos consigam parar de utilizá-los ou chegar à menor dose possível, visto que o uso prolongado gera efeitos sérios e significativos, podendo chegar à demência. O benefício gerado pela descontinuação resulta em melhora do funcionamento psicomotor e cognitivo²⁹. É possível observar preocupação em parar de tomar a medicação, assim como sobre os problemas do uso prolongado.

Sim, eu estou trabalhando com isso! Olha, está sendo difícil mas eu estou conseguindo controlar, sabe? Eu tento amenizar, que eu vi uma reportagem né, que o diazepam com o tempo a gente vai perdendo a coordenação motora do corpo né. (Marli)

Chegar à abstinência é difícil e deve ser realizada em conjunto com o médico e quando necessário com acompanhamento psicológico.

Evidências apontam que a melhor estratégia para parar de utilizar um benzodiazepínico é a redução gradual da dosagem¹⁴, pois tentativas de retirada abrupta geram sintomas de abstinência mais pronunciados e fortes, fazendo com que se reinstitua o uso¹⁹. Porém, não existe uma regra sobre a taxa de redução, que pode variar de quatro semanas até anos. Existem algumas recomendações para que a abstinência seja atingida em até seis meses, para que o processo não se torne o foco principal da existência do paciente²⁹.

A vontade de diminuir a dosagem do medicamento é variável entre os sujeitos de pesquisa, apesar de todos terem consciência da importância de parar ou diminuir. Alguns tiveram tentativas frustradas, outros parecem estar em um caminho onde a total retirada parece viável.

Não, não tentei parar. Eu até tenho vontade de parar de tomar esses comprimidos, mas não dá. Não dá. Não dá porque se eu paro 1 dia, dois dias, já bate isso aí. (Odete)

Já tentei mas quando a dor se aprofunda como eu falei pra você, não tem coração que tem pra acalmar. É só o remedinho mesmo, aí meu Deus! O médico disse: parar você não pode, pode tentar diminuir. Tentei, tentei. Mas só que quando eu já tava tão acostumada com aquele remedinho pra ir pra cama, todo dia pra ir pra caminha aquele é sagrado. Todo dia eu tomo. (Ana)

Terapias cognitivo-comportamentais são efetivas para o tratamento de diversos distúrbios emocionais, o que faz com que se tenha maior resiliência com relação à recorrência de problemas¹⁶. Ainda, outras formas de intervenção psicológicas podem ser efetivas, como terapia de grupo e aconselhamento²⁹. O processo pelo qual as tentativas de retirada ou diminuição de dose se dão dependem de como o indivíduo se percebe e como lida com a vida. Em certos casos tentam por si próprios a diminuição das doses.

Eu nem procurei a doutora. No caso assim oh, eu vejo que se eu tomava dois diazepam eu sei que o meu organismo, como eu tomo já a algum tempo, vai sentir falta. Eu to ciente disso, sabe. Então eu vejo assim, eu tomo 1 de noite. Às vezes eu tomo amitriptilina. Às vezes um diazepam. Tem dia que eu não tomo, sabe? Eu tô controlando desse jeito. (Marli)

Fazer outros tipos de atividades para conseguir lidar com os problemas também é verificado. Observa-se a evolução no processo gradual de retirada do medicamento, quando procura outras alternativas.

[...] tomava muitos remédios, e eu vi que os remédios estavam me prejudicando. Aí eu falei não, vou fazer outros tipos de, de coisas né, que vem a me beneficiar. Aí também fiz biodança quatro anos. Fiz também era a oficina do auto-conhecimento e assim eu vou trabalhando comigo pra amenizar os remédios. E tô conseguindo! (Marli)

Verifica-se maior eficácia para atingir a completa abstinência ou a menor dosagem possível com a diminuição gradual, seguindo uma escala do médico³⁰. Porém, em certos casos mesmo com as instruções médicas e o esforço do clínico e do paciente, as investidas foram infrutíferas.

O Dr. mandou tomar meio, mandou mandou mas não deu certo. Me tratei muitos anos com ele no HU [Hospital Universitário], ele fez de tudo. Mandou cortar meio não deu, deixar só metade não deu, e não adianta. (Luis)

A diminuição das concentrações do fármaco na corrente sanguínea seja pela não administração ou diminuição da dosagem gera síndrome de abstinência¹⁴. Os sintomas incluem ansiedade, depressão, falta de concentração, insônia, dores de cabeça, tonturas, falta de apetite, irritabilidade, distúrbios gastrointestinais entre outros². A readministração reverte o quadro. É importante ressaltar que os sintomas de abstinência podem ser ocasionados por doses terapêuticas regulares¹⁴.

A dificuldade deste processo se evidencia nos efeitos experimentados nos estados de abstinência, como problemas para dormir, dores, sintomas subjetivos de sentir-se doente, sonhos aflitivos¹⁹.

Porque se eu passo dois dias sem tomar ele me derruba. Me dá um mal estar aí eu agarro a cama. Mal estar assim, uma moleza parece que eu não tenho nervos no corpo. Parece que eu to toda mole, da aquela coisa ruim. Sou obrigada a ir pra cama, se eu não tomo. Que é falta não sei se é falta do comprimido, se é da minha cabeça. Ah, tontura vômito, assim perda da memória dá, aquela coisa branca assim e vai rodando tudo. Fico mal. Já chamaram até o SAMU pra mim. Dá vertigem se eu não tomo, dá vertigem. (Odete)

Cook et al.¹⁵ descrevem a preocupação da manutenção do estoque de benzodiazepínicos. Os sujeitos de pesquisa se preocupam com o acesso aos serviços de saúde para conseguir atendimento e receitas de

benzodiazepínicos. A hipótese de faltar a medicação desperta reações desagradáveis, com sentimentos de que seria insuportável viver sem o remédio.

Fico fico uh, reza Deus! Ah não, daí já começa aquela tensão começa que dá, aí fica aquele nervosismo sabe como é que é? Entende o que é nervosismo? Ah não, quando tem um pouquinho assim já vem (pegar a receita). (Luis)

Quando se trata dos processos relacionados à dependência, foi possível perceber que muitos dos indícios para se tentar caracterizar um estado de dependência de benzodiazepínicos estão presentes. Porém, de acordo com a crítica de Niesen et al.¹¹ à forma como o diagnóstico é apresentado no DSM, expressa-se preocupação. Isto se deve, pois, de acordo com os critérios do DSM-IV, seria complicado estabelecer um diagnóstico de dependência para os sujeitos de pesquisa, pois são difíceis de serem atendidos. Quando se afirma que, além da presença de tolerância e abstinência, é preciso verificar padrões de comportamento como “busca pela droga na medida em que atividades importantes são abandonadas ou reduzidas para se obter a substância”³¹, parece que poucos ou quase nenhum dos sujeitos de pesquisa poderiam atingir o diagnóstico de dependência.

Se colocarmos que a categoria Dependência é circunscrita de acordo com os moldes propostos por Conrad¹⁰, menos usuários de benzodiazepínicos e outros medicamentos psicotrópicos teriam a possibilidade de ser considerados dependentes. Neste caso, se o medicamento não está causando dependência existem menos problemas em dar continuidade à farmacoterapia ou adicionar novos fármacos, com maior margem para a medicalização.

A dependência de benzodiazepínicos é delicada e deve ser avaliada com cuidado. São muitos critérios a ser verificados e seria interessante levar em conta a história de vida por trás da utilização do medicamento.

COLABORADORES

AC Welter foi responsável pela pesquisa, análise e redação. S Caponi orientou a pesquisa e revisou o texto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendonça RT, Carvalho ACD. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. **Rev. latinoam. enferm.** 2005; 13(2):1207-1212.
2. World Health Organization. **17th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines.** WHO Technical Report Series n. 34. Geneva; 2009.
3. Auchewski L, Andreatini R, Galduróz JCF, Lacerda RB. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev. bras. psiquiatr.** 2004; 26 (1): 24-31.
4. Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W, Csizmar J, Costa A, Faria MA, Hidalgo SR, Assis D, Nappo SA. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. **Rev. bras. psiquiatr.** 2002; 24(2):68-73.
5. Horwitz AV, Wakerfield J. **A Tristeza Perdida.** São Paulo: Summus; 2007.
6. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface comun. saúde educ.** 2006; 10(19):61-76.
7. Illich I. **A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
8. Minayo MCS. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1999.
9. Bardin L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições; 1977.
10. Conrad P. **The Medicalization of Society: on the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders.** Baltimore: The Johns Hopkins University; 2007.
11. Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of

benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. **Addiction** 2011; 107(5):900-908.

12. Barros JAC. Ampliando espaços para a medicalização: instrumento para desfrute de melhores níveis de saúde? In: Caponi S, Verdi M, Brozozovski FS, Hellmann F. (orgs.), **Medicalização da Vida – Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Florianópolis: Unisul; 2010. p.89-95.

13. Guimarães FS. Hipnóticos e Ansiolíticos. In: Fuchs FD, Wannmacher L. **Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.711-727.

14. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. **Curr Opin Psychiatry** 2005; 18(1): 249-255.

15. Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. Older Patient Perspectives on Long-Term Anxiolytic Benzodiazepine Use and Discontinuation: A Qualitative Study. **J Gen Intern Med** 2007; 22(1):1094-1100.

16. Nutt DJ. Overview of Diagnosis and Drug Treatments of Anxiety Disorders. **CNS Spectr** 2005; 10(1):49-56.

17. Hernáez AM. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: Caponi S, Verdi M, Brozozovski FS, Hellmann F. (orgs.), **Medicalização da Vida – Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Florianópolis: Unisul; 2010. p.111-134.

18. Hacking I. Kinds of people: moving targets. **Proc Br Acad** 2007; 151(1):285-318.

19. Barter G, Cormack M. The long-term use of benzodiazepines: patient's views, accounts and experiences. **Fam Pract** 1996; 13(1):491-497.

20. Vikander B, Koechling UM, Borg S, Tönne U, Hiltunen AJ. Benzodiazepine tapering: A prospective study. **Nord J Psychiatry** 2010; 64(4):273-282.

21. Lader M. Effectiveness of benzodiazepines: do they work or not? **Expert Rev Neurother** 2008; 8(8):1189-1191.
22. World Health Organization. **The Importance of Pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products.** Geneva: World Health Organization; 2002.
23. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Moore PK. **Farmacologia.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.
24. Pariente A, Dartigues JF, Benichou J, Letenneur L, Moore N, Fourrier-Réglat A. Benzodiazepines and injurious falls in community dwelling elders. **Drugs Aging** 2008; 25(1): 61-70.
25. Passaro A, Volpato S, Romagnoni F, Manzoli N, Zuliani G, Fellin R. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: the GIFA study. **J Clin Epidemiol** 2000; 53(12):1222-1229.
26. Herings RMC, Stricker BHC, Boer A, Bakker A, Sturmans F. Benzodiazepines and the risk of falling leading to femur fractures. Dosage more important than elimination half-life. **Arch Intern Med** 1995; 155(16):1801-1807.
27. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. An evaluation of persisting cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use. **J Int Neuropsychol Soc** 2005; 11(3):281-289.
28. Bateson AN. Basic Pharmacologic Mechanisms Involved in Benzodiazepine Tolerance and Withdrawal. **Curr Pharm Des** 2002; 8(1):5-21.
29. Lader M, Tylee A, Donoghue L. Withdrawing benzodiazepines in primary care. **CNS Drugs** 2009; 23(1):19-34.
30. Vicens C, Fiol F, Llobera J, Campoamor F, Mateu C, Alegret S, Socías I. Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in family practice. **Br J Gen Pract** 2006; 56(533):958-963.
31. American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 4ª ed. (rev). Porto Alegre: Artmed; 2002.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Código do roteiro: _____

Data: _____

Identificação

Sexo: _____

Idade: _____

Ocupação: _____

Escolaridade (em anos de estudo): _____

Renda (em reais): _____

Perguntas

1. Você está tomando alguma medicação atualmente? Qual(s)? Qual a dosagem e posologia?
 - 1.1. A quanto tempo você utiliza estas medicações? (principalmente os BZD).
 - 1.2. Esta tomando a mesma dosagem com a qual iniciou?
2. O que o levou a procurar ajuda médica antes de começar a usar o BZD?
 - 2.1. Por quais razões você começou a utilizar o medicamento?
 - 2.2. Porque você acha que o seu médico prescreveu o medicamento? (qual foi a indicação médica).
3. Você experimenta ou já experimentou efeito adverso ao medicamento?
 - 3.1. Como você se sente ao tomar o medicamento?
 - 3.2. Ele te deixa diferente? Você se sentiu diferente depois de iniciar o tratamento?
 - 3.3. O medicamento afeta as suas atividades diárias? Como?

4. Você sente que precisa tomar o BZD? (Necessidade)
 - 4.1. Quando isso acontece? Quando sente essa necessidade/vontade?
 - 4.2. Você já tomou mais comprimidos do que o recomendado pelo médico?
 - 4.3. Você já precisou aumentar a dosagem da medicação (em conjunto com médico)?
 - 4.4. Você já sentiu que precisava tomar mais comprimidos para obter o efeito desejado?

5. Você já tentou reduzir a dose ou parar de tomar o medicamento?
 - 5.1. Como foi este processo? (sozinho, grupo, médico)
 - 5.2. Quantas vezes já tentou?
 - 5.3. O que você sentiu quando diminuiu a dose/retirou a medicação?
 - 5.4. Você acha que precisa/vontade tentar novamente?

6. Como você faz para adquirir o medicamento?
 - 6.1. Chega a faltar o medicamento na Unidade de Saúde?
 - 6.2. É preocupante a falta do medicamento? Como você faz quando falta?
 - 6.3. Você fica preocupado com a questão de conseguir novas receitas médicas de BZD?

7. Quando você iniciou o tratamento, seu médico lhe orientou sobre os efeitos adversos?
 - 7.1. Orientou sobre a possibilidade de gerar tolerância e dependência?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Eu, Ana Carolina Welter, portadora do CPF 052.599.849-78 e do RG 4.328.861, venho solicitar a sua participação na pesquisa que estou desenvolvendo, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Professora Doutora Sandra Caponi.

O título do trabalho é “Percepções de Usuários de Benzodiazepínicos sobre seus efeitos” e tem como objetivo principal analisar as percepções das pessoas que tomam medicamentos do tipo benzodiazepínicos, como as pessoas se sentem ao utilizar o medicamento.

Trata-se de uma pesquisa de mestrado, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas gravadas com pessoas que utilizam estes medicamentos. Posteriormente, essas entrevistas serão transcritas e analisadas, e publicadas na forma de uma dissertação de mestrado e de artigos científicos.

Essa pesquisa visa entender e ouvir o que as pessoas que tomam medicamentos do tipo benzodiazepínicos, como por exemplo o Rivotril, sentem ao utilizar o medicamento, quais as dificuldades que encontram e como é realizado seu tratamento. Este tipo de medicamento é utilizado, por exemplo, por pessoas que têm problemas de ansiedade e problemas para dormir, entre outros.

Não há riscos ou desconfortos associados à participação nesta pesquisa e é garantido aos participantes o anonimato, tanto individual quanto do centro de saúde onde serão realizadas as entrevistas, o sigilo das informações e a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, invalidando este consentimento e autorização para publicação, sem trazer prejuízos ou constrangimentos ao participante.

Caso haja alguma dúvida em relação ao estudo, ou o desejo de interromper a participação nesta pesquisa, favor entrar em contato com a

pesquisadora pelo telefone (47) 9694-3210, ou pelo e-mail anacarolina.welter@gmail.com.

Diante do exposto e pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos deste estudo, através de encontros compondo-se de entrevista semi-estruturada. Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta de dúvida acerca do assunto;
- Da segurança de ser preservada minha identidade e anonimato;
- Da liberdade de desistir do estudo em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo algum;
- Do compromisso de acesso às informações coletadas, bem como os resultados obtidos;
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos legais durante e após o término deste estudo;

Ciente, concordo em participar deste estudo.

Data:

Ass.Participante_____

Ana Carolina Welter
Pesquisadora principal

Ana Carolina Welter
Rua General Arthur Koehler, 343, ap. 403. 89012-580, Blumenau, SC.
Tel: (47) 9694-3210, email: anacarolina.welter@gmail.com