



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Comino Naloto, Daniele Cristina; Lopes, Francine Cristiane; Barberato-Filho, Silvio; Cruz
Lopes, Luciane; de Sá Del Fiol, Fernando; de Cássia Bergamaschi, Cristiane
Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde
mental

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 4, abril, 2016, pp. 1267-1276
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63044891028>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental

Prescription of benzodiazepines for adults and older adults from a mental health clinic

Daniele Cristina Comino Naloto¹

Francine Cristiane Lopes²

Silvio Barberato-Filho¹

Luciane Cruz Lopes¹

Fernando de Sá Del Fiol¹

Cristiane de Cássia Bergamaschi¹

Abstract *The aim of this study was to compare benzodiazepine (bzd) prescriptions for adults and older adults regarding appropriate use indicator. It is a cross-sectional study for collecting data on patients treated at the City's Mental Health Clinic in Sorocaba/SP, between March and December 2013. Appropriate use indicators were used: appropriate drug, with adequate posology and period of use; as well as the use of a single bzd, as anxiolytic for less than 3 months in depression treatment with antidepressants, use for less than 2 months if associated to an antidepressant and no use of long-acting bzd in older adults. From the 330 participants, most were women, with a family history of mental disorders and bzd use, without monitoring of a psychologist and using other psychotropic and polypharmacy ($p > 0.05$). The minority of prescriptions had indication for the use of bzd (37.5% for older adults and 32.4% for adults) ($p > 0.05$). Only 5.8% of the prescriptions for older adults and 1.9 for adults were rational ($p > 0.05$). The chronic use was observed in all adults and older adults with depressive and anxiety disorders ($p > 0.05$). A minority of prescriptions for adults and older adults was appropriate.*

Key words Benzodiazepine, Unified Health System, Drug prescription, Rational use of drugs

Resumo *Foi objetivo deste estudo comparar as prescrições de benzodiazepínicos (bzd) em adultos e idosos quanto aos indicadores do uso apropriado. Estudo transversal de coleta de dados de pacientes atendidos no Ambulatório Municipal de Saúde Mental de Sorocaba/SP, entre março e novembro de 2013. Foram utilizados indicadores de uso apropriado: medicamento apropriado, com adequada posologia e duração de uso; como também, o uso de apenas um bzd, como ansiolítico por menos de 3 meses, no tratamento da depressão com antidepressivo, uso por menos de 2 meses se associado ao antidepressivo e o não uso de bzd de longa ação em idoso. Dos 330 participantes, a maioria era mulheres, com histórico familiar de transtorno mental e uso de bzd, não realizava acompanhamento com psicólogo e fazia uso de outros psicotrópicos e de polifarmácia ($p > 0,05$). A minoria das prescrições tinha indicação de uso do bzd (37,5% para idosos e 32,4% para adultos) ($p > 0,05$). Apenas 5,8% das prescrições para idosos e 1,9% para adultos eram racionais ($p > 0,05$). O uso crônico foi observado em todos os adultos e idosos com transtornos depressivos e ansiosos ($p > 0,05$). Uma minoria das prescrições de bzd para adultos e idosos era apropriada.*

Palavras-chave Benzodiazepínicos, Sistema Único de Saúde, Prescrição de medicamentos, Uso racional de medicamentos

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Sorocaba (Uniso), Rod. Raposo Tavares Km 92,5, 10023-000 Sorocaba SP Brasil. cristiane.motta@prof.uniso.br

² Faculdade de Farmácia, Uniso. Sorocaba SP Brasil.

Introdução

Os benzodiazepínicos constituem o grupo de psicotrópicos mais comumente utilizados na prática clínica devido as suas quatro atividades principais: ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular¹⁻³. Em geral, são indicados para os transtornos de ansiedade, insônia e epilepsia².

O uso de ansiolíticos e hipnóticos tem aumentado consideravelmente na última década⁴. Nos países desenvolvidos, a exemplo da Austrália, França e Espanha, estes medicamentos são os mais prescritos, sendo os benzodiazepínicos o mais comum^{4,5}. Cerca de 20 milhões de prescrições são feitas anualmente nos Estados Unidos e aproximadamente 10% da população refere ter feito o uso do benzodiazepínico como hipnótico⁶.

No Brasil, uma pesquisa feita em 2001 em 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, constatou que os benzodiazepínicos foram a terceira substância mais utilizada pelos 8.589 entrevistados⁷. Um estudo populacional com 1.606 participantes do município de Bambuí (Minas Gerais) observou a frequência de uso destes medicamentos em aproximadamente 22% dos indivíduos com média de idade de 69 anos, e predomínio de uso de benzodiazepínicos por mais que 12 meses e dos de longa ação⁸.

A efetividade desses fármacos para o tratamento de transtornos de ansiedade e insônia por curto período de tempo é descrita na literatura. Entretanto, o uso por longo período não é recomendado, principalmente em idosos, devido ao risco de desenvolvimento de dependência e de outros efeitos adversos⁹⁻¹¹.

O uso prolongado do benzodiazepínico, mesmo que em baixas dosagens, é fator de risco para o desenvolvimento dos efeitos adversos^{12,13} que podem manifestar-se por sonolência, vertigem, cansaço, confusão mental, cefaleia, ansiedade, letargia, ataxia, hipotensão postural, amnesia retrógrada, acidentes, tolerância, dependência^{10,11} e aumento na frequência de quedas^{14,15}.

Além do tempo de uso, existe a preocupação com o tipo de benzodiazepínico prescrito, sendo os longa ação não recomendados para idosos^{10,16} pelo fato de por demorarem mais tempo para serem eliminados do organismo e por estarem associados às alterações decorrentes do processo de envelhecimento, podem tornar-se fator de risco para os efeitos adversos^{2,15}. O Critério Beers, desenvolvido para auxiliar na seleção de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, segue esta mesma recomendação¹⁷.

Mesmo com os apontamentos da literatura, os benzodiazepínicos são amplamente utilizados

e comumente de forma inapropriada^{9,11,13}. O abuso, a insuficiência ou a inadequação de uso dos medicamentos prejudica os usuários e contribui para o aumento de gastos nos recursos públicos e para a irracionalidade no seu uso¹⁸.

Sendo assim, conhecer o padrão de utilização destes psicotrópicos no Ambulatório de Saúde Mental do município de Sorocaba (São Paulo) pode contribuir com os prescritores e profissionais da saúde na tomada de decisões relacionadas ao uso destes medicamentos. Os benzodiazepínicos prescritos no período do estudo foram alprazolam, bromazepam, clonazepam, diazepam, estazolam, lorazepam, midazolam e nitrazepam. O presente estudo propôs comparar os indicadores de uso apropriado destes benzodiazepínicos entre adultos e idosos.

Métodos

Delineamento e contexto

Trata-se de um estudo transversal realizado no Ambulatório Municipal de Saúde Mental do Município de Sorocaba, estado de São Paulo. O ambulatório atende em média 4.600 pacientes ao mês, distribuídos em atendimento médico, psiquiátrico, psicológico, terapia ocupacional, enfermagem e fornecimento de medicamentos. São realizadas em torno de 1.200 consultas médicas ao mês.

População do estudo

Composta de pacientes em uso de benzodiazepínicos atendidos apenas em consulta médica no ambulatório.

Crítérios de elegibilidade

Foram incluídos pacientes (com idade igual ou superior a 18 anos) em uso de benzodiazepínicos. Foram excluídos os pacientes que se recusaram a participar da pesquisa, que não sabiam informar dados solicitados na entrevista e aqueles cujo prontuário estava incompleto.

Coleta dos dados

Todos os pacientes agendados para consulta médica e em uso de benzodiazepínico foram convidados a participar da pesquisa, sendo cada paciente entrevistado apenas uma vez durante o período do estudo. As entrevistas foram realizadas entre segunda e quinta-feira (dias em que ha-

via atendimento para consulta médica), em cinco períodos da semana, entre os meses de março a novembro de 2013.

A amostra foi calculada considerando-se a frequência de 50% de prescrições inapropriadas (este valor possibilita o maior grau de variância, correspondendo ao tamanho mínimo aceito para a amostra ser representativa da população base), o intervalo de confiança de 95% e a margem de erro de 10%. Para ajustes do tamanho amostral considerou-se a população finita de 1.200 atendimentos/mês e 10% de taxa de não resposta, obtendo-se o tamanho amostral de 320 pessoas.

O uso do benzodiazepínico foi previamente conferido no prontuário clínico dos pacientes que passariam por consulta médica. A fim de evitar nova entrevista com o paciente, o número do prontuário clínico era conferido anteriormente.

Do prontuário foram coletadas as informações do(s) diagnóstico(s) de transtorno(s) mental(is); do(s) benzodiazepínico(s) utilizado(s); bem como da dose, via de administração e frequência; e do uso de outros psicotrópicos, sendo as demais variáveis coletadas durante a entrevista.

Análise dos dados

Para a descrição do perfil dos adultos e idosos foram coletadas informações sobre as variáveis sociodemográficas de gênero, idade, estado civil, ocupação, escolaridade, histórico familiar de transtorno mental e de uso de benzodiazepínico; e as clínicas, como número de benzodiazepínicos em uso, acompanhamento individual ou em grupo com o profissional psicólogo, uso de outros psicotrópicos e de antidepressivos, presença de comorbidades e de doenças crônicas, e número de medicamentos em uso. Foi considerada polifarmácia o uso de três ou mais medicamentos pelo paciente¹¹. Doença crônica foi definida como aquela que requer gerenciamento contínuo sendo: não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer e diabetes), transmissíveis (HIV/AIDS) e incapacitantes (amputações, cegueira e problemas articulares)¹⁹.

Para comparação dos idosos e adultos em relação ao uso apropriado foram considerados os indicadores do uso racional dos benzodiazepínicos (*medicamento apropriado*: com indicação de uso, ausência de contraindicação e de interações medicamentosas graves ou contraindicadas; *posologia adequada*: dose e frequência recomendada de acordo com a faixa etária; e *duração de uso adequada*: identificada de acordo com o diagnóstico clínico do paciente²⁰) e também outros

indicadores (uso de apenas um benzodiazepínico pelo paciente; uso do benzodiazepínico por período menor que três meses como hipnótico, ansiolítico, na abstinência alcoólica e distúrbio neurodegenerativo, exceto no tratamento da epilepsia, quando o uso crônico é recomendado; uso no tratamento da depressão com antidepressivo; uso por período menor que dois meses quando associado ao antidepressivo⁹; e o não uso de benzodiazepínico de longa ação em idosos¹⁰).

A indicação, a posologia, a duração do tratamento e a ausência de contraindicação e de interações medicamentosas graves ou contraindicadas foram verificadas de acordo com informações contidas na bula do medicamento (bulário padrão da Anvisa) e no Drugdex[®] System²¹. Na ausência de informações a respeito da duração do tratamento utilizou-se as recomendações de Mantley et al.⁹. As interações foram caracterizadas como graves (que ameaçam a vida do paciente podendo ou não requerer intervenção médica para prevenir ou minimizar os efeitos adversos) ou contraindicadas (que impedem absolutamente a continuação de uso concomitante dos fármacos)²². Os diagnósticos clínicos foram classificados segundo a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

Análise estatística

As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absoluta e relativa enquanto as quantitativas com distribuição normal por média e desvio padrão. Todas as variáveis foram estratificadas em população idosa e adulta. As proporções foram comparadas pelo teste do qui-quadrado ou exato de Fisher e as médias pelo teste t de Student. O nível de significância foi de 5%. Utilizaram-se os programas Excel (versão 2010) e o Bioestat (versão 5.3, Instituto Mamirauá).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Sorocaba. Os pacientes receberam dos pesquisadores as informações necessárias a respeito do estudo e formalizaram a participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dos 369 pacientes elegíveis para o estudo foram incluídos 330, sendo 210 adultos (63,8%) e 120

idosos (36,2%) (qui-quadrado, $p \leq 0,001$). Todos os pacientes convidados aceitaram participar da pesquisa, sendo os motivos de exclusão a ausência de informações na entrevista ($n = 30$) ou prontuário incompleto ($n = 9$) (Figura 1).

A Tabela 1 descreve as variáveis que caracterizam adultos e idosos. A maioria deles era mulheres, indivíduos casados, com histórico familiar de transtornos mentais e de uso de benzodiazepínicos, não realizava acompanhamento com psicólogo, utilizava outros psicotrópicos associados (destacou-se o uso do antidepressivo) e fazia uso de polifarmácia ($p > 0,05$). A maioria dos idosos era aposentada ou afastada do trabalho e tinha até três anos de escolaridade ($p \leq 0,05$). Doença crônica foi mais frequente neste grupo ($p \leq 0,05$).

Não foi observada diferença estatística entre adultos e idosos em relação à frequência dos benzodiazepínicos prescritos ($p > 0,05$), sendo principalmente prescrito clonazepam e diazepam (Tabela 2). O tempo médio de uso dos benzodiazepínicos em adultos e idosos foi, respectivamente, de $7,6 \pm 6,9$ anos e $7,9 \pm 7,3$ anos, $p > 0,05$.

Das 120 prescrições em idosos, 45 (37,5%) tinham indicação de uso. Nos adultos, este resultado foi observado em 67 (32,4%) das 210 prescrições. Uma porcentagem maior de diagnósticos com indicação de uso foi observada para o clonazepam em idosos ($p > 0,05$). Nenhuma prescrição de estazolam, midazolam e nitrazepam apresentou indicação de uso (Tabela 3).

Foram observadas interações medicamentosas graves em 21 adultos e sete idosos, sendo principalmente devido associação de clonazepam com fenobarbital nos adultos ($p \leq 0,05$) e de diazepam com fenobarbital em ambos os grupos ($p > 0,05$), com consequente risco de depressão respiratória (Tabela 4).

A maioria do uso com precaução ocorreu com o clonazepam ($p > 0,05$), sendo que o seu uso por tempo superior a um ano requer monitoração da função hepática e contagem de células sanguíneas. Indivíduos com transtornos depressivos deveriam utilizar com precaução alprazolam ou diazepam devido ao aumento do risco de mania e suicídio, sendo esta situação observada em ambos os grupos ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Não houve diferença entre os adultos e idosos quanto aos indicadores do uso racional dos benzodiazepínicos ($p > 0,05$). Das 120 prescrições em idosos, em apenas 5,8% delas os benzodiazepínicos foram utilizadas pelo tempo correto. Nos adultos, apenas quatro prescrições (1,9%) eram racionais. Nenhuma prescrição de alprazolam, diazepam e lorazepam foi racional (Tabela 5).

Não foram observadas diferenças entre os grupos quanto aos demais critérios do uso apropriado dos benzodiazepínicos ($p > 0,05$). A maioria dos pacientes utilizava apenas um benzodiazepínico e tratava os transtornos depressivos com antidepressivo associado ao benzodiazepínico ($p > 0,05$). No entanto, o tempo de uso do benzodiazepínico para o tratamento dos transtornos depressivos e os de ansiedade foi superior ao preconizado para todos os indivíduos (Tabela 5).

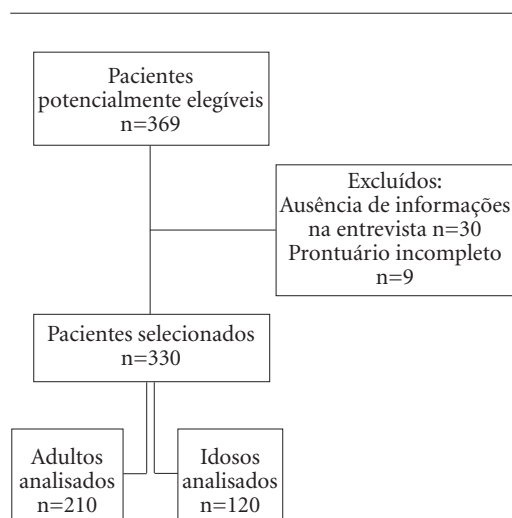


Figura 1. Fluxograma da seleção dos pacientes do estudo.

Discussão

O presente estudo verificou predomínio de prescrições de benzodiazepínicos para os adultos atendidos no ambulatório de saúde mental. O uso inapropriado destes psicotrópicos foi observado tanto em adultos como em idosos, sendo que uma minoria das prescrições era racional e fazia uso do benzodiazepínico pelo tempo recomendado.

O perfil da população estudada foi na maioria mulheres, indivíduos casados, com histórico familiar de transtorno mental e de uso do benzodiazepínico, que fazia uso de outros psicotrópicos e de polifarmácia, e que não realizava acompanhamento com psicólogo.

A prevalência do uso de psicotrópicos em mulheres, dentre eles o benzodiazepínico, foi observada em diversos estudos^{3,8,11,23-25} sendo a

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes em uso de benzodiazepínicos.

Variáveis	Adultos n (%)	Idosos n (%)	Valor de p
Gênero			0,7053
Masculino	52 (24,8)	27 (22,5)	
Feminino	158 (75,2)	93 (77,5)	0,0001*
Idade (anos) média ± dp	49,60 ± 7,85	68,32 ± 6,67	
Estado civil			0,0001*
Solteiro	42 (20)	10 (8,3)	
Casado ou união estável	127 (60,5)	66 (55,0)	
Viúvo ou divorciado	41 (19,5)	44 (36,7)	
Ocupação			0,0001*
Empregado ou do lar	100 (47,6)	15 (12,5)	
Desempregado	15 (7,2)	03 (2,5)	
Aposentado ou Afastado do trabalho	95 (45,2)	102 (85,0)	
Escolaridade			< 0,0001*
Não alfabetizado	19 (9,0)	18 (15,0)	
De um a três anos de estudo	88 (41,9)	74 (61,7)	
De quatro a sete anos de estudos	39 (18,6)	18 (15,0)	
Oito ou mais anos de estudos	64 (30,5)	10 (8,3)	
Familiar com transtorno mental			0,0333*
Não	60 (28,6)	48 (40,0)	
Sim	150 (71,4)	72 (60,0)	
Familiar em uso de bzd			0,3202
Não	76 (36,2)	51 (42,5)	
Sim	134 (63,8)	69 (57,5)	
Acompanhamento com psicólogo			0,6726
Não	190 (90,5)	111 (92,5)	
Sim	20 (9,5)	09 (7,5)	
Uso de outros psicotrópicos			0,1569
Não	16 (7,6)	15 (12,5)	
Sim	194 (92,4)	105 (87,5)	
Uso de antidepressivos			0,8867
Não	73 (34,8)	40 (33,3)	
Sim	137 (65,2)	80 (66,6)	
Comorbidades			0,0221*
1 a 3	167 (79,5)	106 (88,3)	
4 ou mais	43 (20,5)	14 (11,7)	
Doença crônica**			0,0012*
Não	101 (48,1)	35 (29,2)	
Sim	109 (51,9)	85 (70,8)	
Número de medicamentos em uso			0,9905
1 a 2	54 (25,7)	30 (25,0)	
Polifarmácia	156 (74,3)	90 (75,0)	
Total	210 (100)	120 (100)	

dp = Desvio padrão. bzd = benzodiazepínico. * Diferença estatisticamente significativa (teste t de Student ou qui-quadrado, $p \leq 0,05$). ** O relato das doenças crônicas foi autorreferido e estavam presentes a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares e doenças articulares.

insônia e a ansiedade os principais motivos que levam as mulheres a serem as maiores usuárias destes medicamentos³.

Os antidepressivos foram os psicotrópicos mais prescritos associados ao benzodiazepínico.

Essa tendência foi também observada por Souza et al.³, que constataram em torno de 90% dos seus entrevistados usarem outros psicotrópicos associados ao benzodiazepínico, principalmente dos antidepressivos; e por Netto et al.²³ que

Tabela 2. Frequência dos benzodiazepínicos prescritos.

Classificação dos benzodiazepínicos*	ATC	Adultos n (%)	Idosos n (%)	Valor de p
Longa (40 a 250h)				
Diazepam	N05BA01	57 (26,2)	36 (29,2)	0,6384
Curta a intermediária (12 a 40h)				
Alprazolam	N05BA12	36 (16,6)	20 (16,2)	0,9415
Bromazepam	N05BA08	5 (2,3)	7 (5,7)	0,1344
Clonazepam	N03AE01	113 (52,1)	54 (43,9)	0,1709
Estazolam	N05CD04	1 (0,5)	0 (0)	1,0000
Lorazepam	N05BA06	1 (0,5)	3 (2,4)	0,1427
Nitrazepam	N05CD02	4 (1,8)	2 (1,6)	1,000
Curta duração (1 a 12h)				
Midazolam	N05CD08	0 (0)	1 (0,8)	1,000
Total**		217 (100)	123 (100)	

*de acordo com o tempo de $\frac{1}{2}$ -vida de eliminação³¹. ATC: Anatomical Therapeutic Chemical. Nenhuma diferença estatisticamente significativa (qui-quadrado ou exato de fisher, $p > 0,05$). ** mais de um benzodiazepínico poderia ser prescrito por paciente.

Tabela 3. Frequência do número de pacientes com indicação de uso (n) em relação ao número de pacientes que utilizaram os benzodiazepínicos (N).

Benzodiazepínicos	n-adultos (%) / N	n-idosos (%) / N	Valor de p
Alprazolam	9 (25,0)/36	1 (5,2)/19	0,1385
Bromazepam	4 (80,0)/5	2 (28,6)/7	0,2424
Clonazepam	43 (38,4)/112	30 (57,7)/52	0,0088*
Diazepam	11 (21,2)/52	11 (27,0)/36	0,3298
Estazolam	0 (0)/1	-	-
Lorazepam	0 (0)/1	1 (20,0)/3	1,000
Midazolam	-	0 (0)/1	-
Nitrazepam	0 (0)/3	0 (0)/2	1,000
Total	67/210	45/120	

n = número de pacientes com indicação de uso. N = total de pacientes em uso do benzodiazepínico. (-) = nenhum paciente em uso de benzodiazepínico. * Diferença estatisticamente significativa (qui-quadrado, $p \leq 0,05$).

identificaram mais de 40 esquemas terapêuticos distintos envolvendo benzodiazepínicos e antidepressivos.

A associação de benzodiazepínico com antidepressivo foi referido ser comum no início do tratamento da depressão, devido à presença de sintomas como ansiedade e insônia²⁶. No entanto, as evidências científicas recomendam o uso de benzodiazepínicos como coadjuvantes no tratamento da depressão apenas nas primeiras quatro semanas do início do tratamento, não sendo recomendado o seu uso prolongado devido a efeitos adversos¹².

A Diretriz Australiana para Tratamento dos Transtornos de Ansiedade²⁷ relata a terapia comportamental como medida eficaz em pacientes

com transtornos de ansiedade e a recomendação como primeira linha de tratamento. No entanto, notou-se que menos de 10% dos pacientes realizavam terapia comportamental com profissional psicólogo.

As doenças crônicas foram mais frequentes em idosos, fato que pode ser justificado pelas mudanças fisiológicas relacionadas ao processo de envelhecimento¹⁵. Nos adultos observou-se maior frequência quanto à presença de quatro ou mais comorbidades, indicando maior número de doenças psiquiátricas por indivíduo neste grupo. A polifarmácia foi frequente nos adultos e nos idosos, o que está de acordo com os resultados observados nos idosos estudados por Noia *et al.*¹¹.

Tabela 4. Caracterização das interações medicamentosas graves e da precaução no uso dos benzodiazepínicos.

Descrição das interações medicamentosas e da precaução no uso do benzodiazepínico			Adultos n (%)	Idosos n (%)	Valor de p
Interações graves		Efeito da interação			
Alprazolam e fenobarbital		Diminuição dos níveis plasmáticos do alprazolam	3 (1,4)	2 (1,6)	0,9940
Clonazepam e fenobarbital		Risco de depressão respiratória (DR)	11 (5,2)	0 (0)	0,0087*
Diazepam e fenobarbital		Risco de DR	7 (3,3)	5 (4,1)	0,7632
Fármaco	Condição clínica	Justificativa da precaução no uso			
Diazepam	Insuficiência respiratória severa	Uso contraindicado	5 (2,4)	1 (0,8)	0,4225
Alprazolam	Transtornos depressivos	Risco de mania e suicídio	13 (6,2)	4 (3,3)	0,3101
	Insuficiência respiratória crônica	Risco de DR	1 (0,47)	1 (0,8)	1
	Contraindicado na faixa etária	Risco de ataxia ou sobre sedação nos idosos	-	18 (15)	-
Clonazepam	Doença respiratória crônica	Risco de DR	5 (2,4)	2 (1,6)	1
	Uso por tempo prolongado	Necessário monitorar a função hepática e contagem de células sanguíneas	111 (52,8)	51 (42,5)	0,0899
Diazepam	Depressão severa ou associada à ansiedade	Risco de mania e suicídio	12 (5,7)	5 (4,1)	0,8568
	Insuficiência respiratória crônica	Risco de DR	5 (2,4)	2 (1,6) 3 (2,5)	1 -
Lorazepam	Contraindicado na faixa etária	Aumento da sedação em idosos	-		
Total			210 (100)	120 (100)	

* Diferença estatisticamente significante (exato de fisher, $p \leq 0,05$).**Tabela 5.** Frequência do uso apropriado dos benzodiazepínicos em relação aos indicadores de uso racional de medicamentos e outros indicadores do uso apropriado.

Indicadores do uso apropriado de benzodiazepínicos	Adultos n (%)	Idosos n (%)	Valor de p
Uso racional dos medicamentos			
Indicação correta	75 (35,7)	48 (40)	0,5117
Medicamento apropriado	64 (30,5)	45 (37,5)	0,2367
Dose correta	64 (30,5)	45 (37,5)	0,2367
Frequência correta	64 (30,5)	41 (34,2)	0,5690
Duração correta*	4 (1,9)	7 (5,8)	0,1059
Total	210 (100)	120 (100)	
Outros critérios de adequação			
Apenas um benzodiazepínico pelo paciente	204 (97,1) /210	117 (97,5) /120	1
Menos de três meses para os transtornos de ansiedade	0 (0) /57	0 (0) /25	-
Menos de dois meses se associado a antidepressivo	0 (0) /77	0 (0) /54	-
Uso no tratamento da depressão com antidepressivo	87 (88,8) /98	52 (85,2) /61	0,6240
Não uso de benzodiazepínico de longa ação em idosos	-	84 (70) /120	-

* Nenhuma diferença estatisticamente significante (qui-quadrado ou exato de fisher, $p < 0,05$).

Os benzodiazepínicos mais prescritos neste estudo foram clonazepam e diazepam. Este resultado diferiu dos encontrados por Noia *et al.*¹¹, Netto *et al.*²³ e Firmino *et al.*²⁴, que constataram ser o diazepam o benzodiazepínico mais prescrito na atenção básica dos municípios brasileiros estudados. Vicente Sanchez *et al.*⁵ encontraram o lorazepam; e Alvarenga *et al.*⁸ observaram bromazepam e diazepam como os mais utilizados. Cabe ressaltar que estas divergências podem ser devido aos diferentes grupos estudados e/ou diversos medicamentos pertencentes à lista destes municípios.

A minoria das prescrições tinha indicação de uso dos benzodiazepínicos em adultos e idosos; sendo o bromazepam e o clonazepam os fármacos mais adequadamente prescritos nos adultos e, principalmente, o clonazepam em idosos. Estazolam, midazolam e nitrazepam foram pouco prescritos e nenhuma indicação de uso. Isso pode ser justificado pelo fato de estazolam e nitrazepam serem indicados para o tratamento da insônia²¹, sendo que no presente estudo este diagnóstico não foi observado.

Alprazolam foi prescrito para aproximadamente 16% dos idosos do estudo e apenas uma prescrição estava apropriada. Este medicamento deve ser usado com precaução nesta faixa etária devido ao risco de ataxia e de sobredoseção, sendo recomendado o ajuste de dose, observado apenas nesta prescrição. Woelfel *et al.*²⁸ constataram que dos 295 idosos do estudo, cerca de 20% fez uso de pelo menos um medicamento potencialmente inapropriado, sendo o alprazolam o mais comum. Da mesma forma que para o alprazolam, as três prescrições de lorazepam para idosos eram inapropriadas devido ao risco de potencializar a sedação²⁹.

Midazolam é preferivelmente empregado como ansiolítico e sedativo no pré-operatório devido à sua rápida absorção, ao início dos efeitos e à curta meia vida de eliminação²; sendo assim, não é recomendado seu uso na prática clínica. No presente estudo, foi encontrada apenas uma prescrição deste fármaco.

Notou-se que adultos e idosos fizeram uso de apenas um benzodiazepínico, o que está adequado de acordo com a recomendação da OMS³⁰. Também foi observado que a maioria dos indivíduos depressivos fazia uso de benzodiazepínico associado ao antidepressivo, o que está correto conforme Mantley *et al.*⁹. Entretanto, o tempo de uso do benzodiazepínico para o tratamento dos transtornos depressivos (até dois meses quando associado ao antidepressivo) e dos de ansiedade (por período de até três meses)⁹ foi superior ao

preconizado para todos os indivíduos do estudo, sendo observado o uso crônico.

Segundo a Diretriz Brasileira de Psiquiatria³¹, 50% dos indivíduos que utilizam benzodiazepínico por mais de um ano tem risco aumentado de síndrome de abstinência, acidentes, overdose (principalmente quando associado a outros psicotrópicos), tentativa de suicídio (especialmente em indivíduos depressivos), redução na capacidade de trabalho e aumento nos custos com internação, consultas e exames.

O critério Beers¹⁷ sugere que os benzodiazepínicos sejam evitados em idosos e particularmente os de meia-vida longa, pois estes demoram mais tempo para serem eliminados do organismo e são mais suscetíveis aos efeitos adversos³². No entanto, são ainda comumente utilizados nesta população o que segundo Paquin *et al.*³³ pode ser justificado pela preocupação dos prescritores com a recaída dos idosos na retirada destes medicamentos. Entretanto, estes autores verificaram que não houve relato de eventos adversos graves na redução do uso desses medicamentos em idosos, sendo essa conduta encorajada.

Estudo realizado em Quebec avaliou de forma semelhante ao presente estudo alguns critérios de adequação do uso dos benzodiazepínicos em idosos. Os autores observaram que aproximadamente 50% dos pacientes receberam uma prescrição inapropriada, e que em torno de 20% dos idosos a prescrição resultava em interações medicamentosas graves³⁴.

Segundo Smith e Tett³⁵, as diretrizes clínicas e as campanhas de restrição contribuem para a conscientização do uso inapropriado dos benzodiazepínicos. No entanto, o que ocorre em boa parte dos países, principalmente naqueles em desenvolvimento, é que os pacientes tanto do setor público como privado não são tratados de acordo com diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas¹⁸ que beneficiariam o prescritor na tomada de decisão.

A forma de coleta dos dados, por meio de entrevistas realizadas em alguns períodos da semana e de acordo com a disponibilidade dos pesquisadores ou do acesso ao ambulatório, pode ser considerada uma limitação do presente estudo. No entanto, o número de participantes do estudo permitiu a análise estatística dos dados. Ressalta-se que a perda de pacientes foi pequena (em torno de 10%), sendo os motivos a ausência de informações coletadas na entrevista e/ou prontuário incompleto.

O estudo reuniu alguns indicadores descritos na literatura científica a respeito do uso dos ben-

zodiazepínicos a fim de retratar o uso destes psicotrópicos no Ambulatório Municipal de Saúde Mental. Espera-se que os resultados observados possam ser úteis no aprimoramento do serviço prestado pelos profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes usuários do setor público de saúde.

Considerações Finais

Ao comparar os indicadores de uso apropriado de benzodiazepínicos entre adultos e idosos atendidos no ambulatório de saúde mental, observou-se o uso inapropriado destes, em ambos os grupos e para a maioria dos critérios avaliados. Uma minoria das prescrições era racional ou estava adequada quanto ao tempo de uso, sendo observado o uso crônico do benzodiazepínico nos pacientes com transtornos depressivos e ansiosos.

Das prescrições, o fato de apenas 1,9% para os adultos e 5,8% para os idosos estarem adequadas, chama a atenção para erros relacionados à indicação de uso, condutas não recomendadas para a faixa etária e/ou paciente; riscos de interações medicamentosas graves; e problemas relacionados à dose, frequência e, principalmente, duração do tratamento.

Ao observar os achados da literatura se verifica que parte dos resultados encontrados se assemelha a outros municípios brasileiros e países, demonstrando a necessidade de iniciativas para o planejamento de intervenções que visem o uso apropriado desses medicamentos e que, consequentemente, beneficiem o paciente. O incentivo ao aperfeiçoamento pelos profissionais envolvidos no cuidado destes pacientes e o rigor na prescrição dos benzodiazepínicos poderiam ser algumas das medidas adotadas a fim de proporcionar o uso apropriado destes psicotrópicos neste serviço de saúde.

Colaboradores

DCC Naloto participou da execução experimental, coleta de dados e redação do artigo; FC Lopes da execução experimental e coleta de dados; S Barberato-Filho da construção da metodologia e do desenho do texto final; LC Lopes da interpretação dos dados e da análise crítica; FS Del-Fiol da correção final e da análise crítica e CC Bergamaschi da concepção do projeto, coordenação, redação e correção final.

Referências

1. Correia JMS, Alves TCA. Hipnóticos. In: Silva P, organizador. *Farmacologia*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 358-366.
2. Griffin CE, Kaye AM, Bueno FR, Kaye AD. Benzodiazepine Pharmacology and Central Nervous System – Mediated Effects. *Ochsner J* 2013; 13(2):214-223.
3. Souza ARL, Opaleye ES, Noto AR. Contextos e padrões de uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Cien Saude Colet* 2012; 18(4):1131-1140.
4. Hollingworth SA, Siskin DJ. Anxiolytic, hypnotic and sedative medication use in Australia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2010; 19(3):8-280.
5. Vicente Sánchez MP, Macías Saint-Gerons D, de la Fuente Honrubia C, González Bermejo D, Montero Corominas D, Catalá-López F. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos em España durante el período 2000-2011. *Rev Esp Salud Pública* 2013; 87(3):247-255.
6. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA* 2013; 309(7):706-716.
7. Galfuróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do Brasil – 2001. *Rev Latino-am de Enfermagem* 2005; 13(n. esp.):888-895.

8. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Araújo JO, Firmo MFLM, Uchoa E. Prevalência e características sócio-demográficas associadas ao uso de benzodiazepínicos por idosos residentes na comunidade: projeto de Bambuí. *Rev Bras de Psiquiatr* 2007; 30(1):7-11.
9. Mantley L, van Veen T, Giltay EJ, Stoop JE, Neven AK, Penninx BW, Zitman FG. Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Br J Clin Pharmacol* 2010; 71(2):263-272.
10. Mcintosh B, Clark M, Spay C. Benzodiazepines in older adults: a review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2011.
11. Noia AS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML, Lieber NSR. Fatores associados ao uso de psicotrópicos em idosos no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(n. esp.):38-43.
12. Furukawa TA, Streiner DL, Young LT. Antidepressants plus benzodiazepines for major depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (2):CD001026.
13. Hirst A, Sloan R. Benzodiazepinas y fármacos relacionados para el insomnio en cuidados paliativos *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 22(11):CD003346
14. Softic A, Beganlic A, Pranjić N, Sulejmanovic S. The influence of the use of benzodiazepines in the frequency falls in the elderly. *Med Arh* 2013; 67(4):256-259.
15. Balloková A, Peel NM, Fialova D, Scott IA, Gray LC, Hubbard RE. Use of Benzodiazepines and Association with fall in Older People Admitted to Hospital: A Prospective Cohort Study. *Drugs Aging* 2014; 31(4):299-310.
16. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 2006; 51(8 Suppl 2):9S-91S.
17. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults - The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(4):616-631.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Uso Racional de Medicamentos – Temas selecionados*. Brasília: MS; 2012.
19. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: OMS; 2003.
20. Ferreira TR, Barberato-Filho S, Borgatto AF, Lopes LC. Analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios não esteroides em prescrições pediátricas. *Cien Saude Colet* 2013; 18(12):3695-3704.
21. Klasco RK, editor. *DRUGDEX System [Database on the Internet]*. Greenwood Village: Thomson Micromedex; 2013 [1974-2010].
22. Mazzola PG. Perfil e manejo de interações medicamentosas potenciais teóricas em prescrições de UTI. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde* 2011; 2(2):15-19.
23. Netto MUQ, Freitas O, Pereira LRL. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto. *Rev de Ciênc Farm Básica e Aplic* 2012; 33(1):77-81.
24. Firmino KF, de Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 26(6):1223-1232.
25. Lima MC, Menezes PR, Carandina L, Cesar CL, Barros MB, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saude Publica* 2008; 42(4):717-723.
26. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF, Hetem LA. Revisão das Diretrizes da Associação Médica Brasileira para Tratamento da Depressão. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31(Supl. 1):7-17.
27. Western Australian Therapeutic Advisory Group (WATAG). *Anxiety disorders drug treatment guidelines*. Western Australian: WATAG; 2008.
28. Woelfel JA, Patel RA, Walberg MP, Amaral MM. Use of potentially inappropriate medications in an ambulatory Medicare population. *Consult Pharm* 2011; 26(12):913-919.
29. Lorazepam. Resp. Téc. Farm. Miriam O. Fujisawa. Campinas: Medley Indústria Farmacêutica Ltda. Bula de medicamento.
30. Organización Mundial de La Salud (OMS). *Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales*. Ginebra: OMS; 2002.
31. Nastasy H, Ribeiro M, Marques ACPR. *Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. Projeto diretrizes*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2008.
32. Griffin CE III, Kaye AM, Bueno FR, Kaye AD. Benzodiazepine pharmacology and central nervous system – mediated effects. *Ochsner J* 2013; 13(2):214-223.
33. Paquin AM, Zimmerman K, Rudolph J. Risk versus risk: a review of benzodiazepine reduction in older adults. *Expert Opin Drug Saf* 2014; 13(7):919-934.
34. Préville M, Bossé C, Vasiliadis HM, Voyer P, Laurier C, Berbiche D, Pérodeau G, Grenier S, Béland SG, Dionne PA, Gentil L, Moride Y. Correlates of potentially inappropriate prescriptions of benzodiazepines among older adults: results from the ESA study. *Can J Aging* 2012; 31(3):313-322.
35. Smith AJ, Tett SE. Improving the use of benzodiazepines: is it possible? A non-systematic review of interventions tried in the last 20 years. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:321.

Artigo apresentado em 01/12/2014

Aprovado em 13/08/2015

Versão final apresentada em 15/08/2015