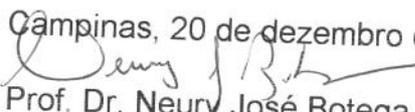


CARMEN SYLVIA RIBEIRO

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área de Saúde Mental da aluna **Carmen Sylvia Ribeiro**.

Câmpinas, 20 de dezembro de 2001.


Prof. Dr. Neury José Botega
Orientador

**“CONSUMO CRÔNICO DE DIAZEPAM POR PACIENTES
ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
DE CAMPINAS”**

CAMPINAS

2001

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

CARMEN SYLVIA RIBEIRO

**“CONSUMO CRÔNICO DE DIAZEPAM POR PACIENTES
ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
DE CAMPINAS”**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós -Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre
em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.*

ORIENTADOR: PROF. DR. NEURY JOSÉ BOTEGA

CAMPINAS

2001

iii

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

R354c

Ribeiro, Carmen Sylvia

“Consumo crônico de diazepam por pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Campinas” / Carmen Sylvia Ribeiro. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Neury José Botega
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

I. Dependência. 2. Automedicação. 3. Comportamento. I. Neury José Botega. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

| | |
|----------------------|-----------|
| UNIDADE | BC |
| Nº CHAMADA T/UNICAMP | R354c |
| V | EX |
| TOMCO | 48775 |
| PROD. | 16-837102 |
| PREÇO | R\$ 11,00 |
| DATA | 07/05/02 |
| Nº CPD | |

CM00167121-7

BIB ID 239213

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Membros:

1. Prof. Dr. Luiz Fernando R. Paulin
 2. Profa. Dra. Renata Cruz S. Rizeredo
 3. Prof. Dr. Neury José Botega
-

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 20/12/01

2022/12/01

DEDICATÓRIA

*À Roberto,
e aos meus queridos filhos
André e Gustavo.*

À minha mãe,

minha primeira mestra, nas letras e na vida.

Ao meu pai,

meu maior amigo.

Aos “*Ribeiros*” e “*Barbosas*”, que acolheram-me com muito carinho.

À Dra. *Aglair Iglesias Duran*, pelo exemplo de dedicação à Saúde Pública

À todos os amigos que estiveram torcendo por meu sucesso, em particular:

Dra. Ananda Pereira de Almeida Prado e

Dra. Marília Montoya Boscolo,

Amigas, irmãs de coração.

À todos os pacientes que espontaneamente concordaram em participar desta pesquisa.

À Dra. *Lígia Neaime de Almeida*, na representação da Coordenadoria do Distrito de Saúde Noroeste da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, e a todos os coordenadores e funcionários das Unidades Básicas de Saúde, os quais permitiram meu acesso ilimitado aos registros, informações e pacientes, possibilitando a realização dessa pesquisa.

À todos os funcionários da UNICAMP, que de alguma forma auxiliaram-me a dar mais um passo, disponibilizando seu tempo, tirando minhas dúvidas, abrindo-me os caminhos...

À todos os mestres que contribuíram com meu aprendizado até hoje, em particular:

Ao *Dr. Geraldo José Ballone*, exemplo de vocação e dedicação ao ensino, amigo sempre disponível para acolher minhas dúvidas, acadêmicas ou existenciais...

Ao *Dr. Pedro Henrique Penna Chaves*, continuamente presente como referencial de afeto ao paciente...

Ao *Dr. Roberto Pinto de Moura*, um verdadeiro sábio, exemplo maior de simplicidade...

Aos professores

Dr. Evandro Gomes de Matos,

Dr. Gabriel Roberto Figueiredo,

Dr. Luis Fernando Ribeiro Paulin,

Dr. Paulo Dalgarrondo,

Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo,

pelas valiosas sugestões que contribuíram, em muito, para enriquecer esse trabalho.

Ao prof. *Dr. Neury José Botega,*

meu orientador, responsável maior pela efetivação desse trabalho, que demonstrando extrema paciência tomou-me pela mão, ensinando-me a trilhar os primeiros caminhos da pesquisa científica. Agradeço sinceramente, de modo muito especial, pelo seu incentivo constante e incansável.

E a todos aqueles que não citei, mas que estão presentes em meu coração, agradeço o estímulo recebido.

| | PÁG. |
|---|-------------|
| RESUMO | xxxi |
| APRESENTAÇÃO | 35 |
| INTRODUÇÃO | 41 |
| 1. HISTÓRIA..... | 43 |
| A era dos benzodiazepínicos..... | 44 |
| Os antidistônicos no Brasil..... | 46 |
| 2. FARMACOLOGIA..... | 49 |
| Propriedades farmacológicas dos BDZ..... | 49 |
| Estudos de utilização de medicamentos..... | 50 |
| Estudos de medida de consumo..... | 51 |
| Estudos de padrão de uso..... | 53 |
| 3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES..... | 57 |
| 4. CONCEITOS ESPECÍFICOS EM RELAÇÃO AOS BDZ..... | 61 |
| Estudos de tolerância a BDZ..... | 61 |
| Estudos de dependência à BDZ..... | 62 |
| Intoxicação..... | 66 |
| Sintomas de abstinência aos BDZ..... | 67 |
| 5. ASPECTOS LEGAIS DA PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS..... | 69 |
| Normas legais institucionais sobre a prescrição de BDZ vigentes no Brasil.. | 69 |
| Legislação para benzodiazepínicos em Campinas..... | 72 |

| | |
|---|-----------|
| CAMPO DE ESTUDO..... | 75 |
| Município de Campinas..... | 77 |
| A região noroeste do município de Campinas..... | 77 |
| OBJETIVOS E MÉTODOS..... | 81 |
| Objetivos..... | 83 |
| Objetivo geral..... | 83 |
| Objetivos específicos..... | 83 |
| Métodos..... | 84 |
| Delineamento da pesquisa..... | 84 |
| Primeira fase: Pesquisa documental (março de 1996 a fevereiro de 1997)..... | 84 |
| Segunda fase: Pesquisa de campo (março/97 – fevereiro/98 – março 99)..... | 86 |
| Campo de estudo..... | 86 |
| Sujeitos..... | 86 |
| Critérios de definição para uso crônico em nosso estudo..... | 87 |
| Material..... | 88 |
| 1. Questionário sociodemográfico..... | 88 |
| 2. Escala ABA/ABIPEME..... | 88 |
| 3. Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD)..... | 89 |
| 4. SCAN versão 2.0..... | 89 |
| 5. Questionário de padrão de uso de diazepam..... | 92 |
| Procedimentos..... | 92 |
| Análise de dados..... | 92 |
| Métodos de análise estatística..... | 92 |
| Princípios éticos da pesquisa..... | 93 |

| | |
|--|-----|
| RESULTADOS..... | 97 |
| 1. Pesquisa documental..... | 100 |
| 2. Pesquisa de campo..... | 101 |
| 2.1. Aspectos sociodemográficos..... | 102 |
| 2.2. Padrão de uso..... | 104 |
| 2.3. Relatos dps pacientes sobre atitudes do prescritor..... | 106 |
| 2.4. Atitudes do paciente..... | 108 |
| 2.5. Perfil de sintomas e diagnósticos..... | 110 |
| DISCUSSÃO..... | 119 |
| Pesquisa documental..... | 124 |
| Pesquisa de campo..... | 125 |
| CONCLUSÕES..... | 139 |
| SUMMARY..... | 145 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 149 |
| ANEXOS..... | 159 |
| Anexo I: Termo de consentimento..... | 161 |
| Anexo II: Grade de consumo de Diazepam aplicado por unidade, consumo mensal por paciente, tempo de uso e dose média diária (DMD)..... | 163 |
| Anexo III: Questionário de dados sociodemográficos..... | 165 |
| Anexo IV: Critério de ABIPEME para classificação socioeconômica..... | 167 |
| Anexo V: Escala de ansiedade edepressão – HAD..... | 169 |
| Anexo VI: SCAN..... | 171 |
| Anexo VII: Modelo de entrevista sobre o padrão de uso de Diazepam..... | 177 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------|---|
| ABIPEME | Associação Brasileira dos Estudos de Pesquisa de Mercado |
| ADAMHA | Alcohol, Drug, Abuse And Mental Health Administration |
| BDZ | Benzodiazepínicos |
| CP | Comprimido |
| DDD | Dose Diária Definida |
| DIMED | Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos do Ministério da Saúde |
| DMD | Dose Média Diária |
| GABA | Ácido Gama Amino Butírico |
| HAD | Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia Estatística |
| SCAN | Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry |
| SNC | Sistema Nervoso Central |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SEPLAMA | Secretaria de Planejamento e Meio Ambiente |
| UBS | Unidades Básicas de Saúde |

| | PÁG. |
|--|-------------|
| Tabela A: Estudo de Holm (1988) Consumo e padrão de uso de BDZ..... | 53 |
| Tabela B: Estudo de Wortmann (1994) Padrão de uso de BDZ EM Porto Alegre..... | 54 |
| Tabela C: Estudo de Holm (1990) Atitudes dos médicos a respeito dos usuários de BDZ..... | 55 |
| Tabela D: Estudo de Poyares (1997) Substituição de BDZ por Valeriana: efeitos sobre o sono..... | 65 |
| Tabela 1: Resultados do estudo documental distribuídos por UBS..... | 100 |
| Tabela 2: Número de comprimidos dispensados em relação ao médico prescritor..... | 101 |
| Tabela 3: Aspectos demográficos: sexo, cor da pele, idade e faixa etária..... | 102 |
| Tabela 4: Aspectos demográficos: escolaridade, situação conjugal, classe social, vínculo empregatício e religião..... | 103 |
| Tabela 5: Padrão de uso de benzodiazepínicos..... | 104 |
| Tabela 6: Queixas relacionadas à abstinência..... | 105 |
| Tabela 7: Quantidade de medicamentos utilizados além do diazepam..... | 105 |
| Tabela 8: Tipo de medicamentos associados relacionados por grupo farmacológico..... | 106 |
| Tabela 9: Especialidade do médico que prescreveu pela diazepam primeira vez..... | 106 |
| Tabela 10: Razões para iniciar e continuar prescrição de diazepam..... | 107 |
| Tabela 11: Estratégias referidas para tentar interromper o consumo de diazepam..... | 108 |

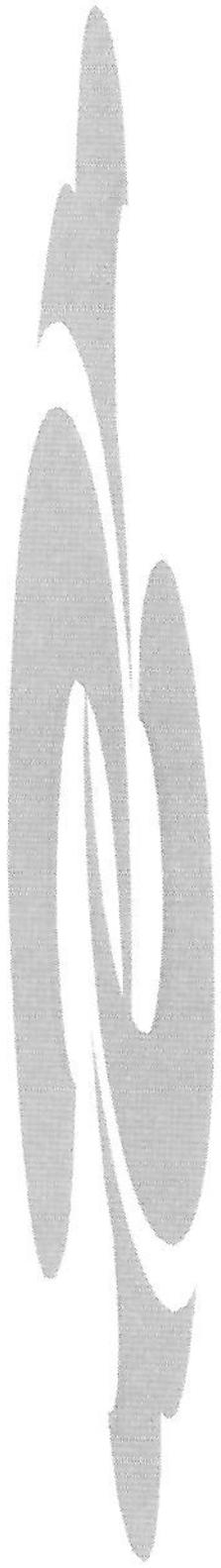
| | | |
|-------------------|--|-----|
| Tabela 12: | Reação do paciente quando percebe que seu diazepam terminou.... | 109 |
| Tabela 13: | Pontuação obtida na HAD para sintomas de ansiedade (HAD-A)... | 110 |
| Tabela 14: | Pontuação obtida na escala HAD para depressão (HAD-D)..... | 111 |
| Tabela 15: | Freqüência de sintomas de ansiedade e depressivos identificados pelo SCAN..... | 111 |
| Tabela 16: | Adaptação física no último mês..... | 112 |
| Tabela 17: | Diagnósticos clínicos associados..... | 112 |
| Tabela 18: | Freqüências ordenadas do SCAN para sintomas físicos..... | 113 |
| Tabela 19: | Freqüências ordenadas do SCAN para sintomas emocionais..... | 114 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | <i>PÁG.</i> |
|---|-------------|
| Gráfico 1: Curva descendente de prescrições de BDZ no Reino Unido (1970-1985)..... | 46 |
| Gráfico 2: Ascensão do consumo de BDZ e antidiabéticos no Brasil (década de 80)..... | 46 |

| | PÁG. |
|--|-------------|
| Quadro I: Indicações terapêuticas dos benzodiazepínicos..... | 49 |
| Quadro II: Critérios para abuso de substância do DSM-IV..... | 58 |
| Quadro III: Critérios para Dependência de Substância pelo DSM-IV..... | 60 |
| Quadro IV: Critérios para itens de dependência pelo SCAN..... | 61 |
| Quadro V: Modelos teóricos propostos para fenômeno de tolerância..... | 62 |
| Quadro VI: Estudo de Bernik (1989) Tolerância e dependência a BDZ | 64 |
| Quadro VII: Critérios Diagnósticos do DSM-IV Intoxicação com BDZ..... | 66 |
| Quadro VIII: Critérios Diagnósticos do DSM-IV Abstinência de BDZ..... | 67 |
| Quadro IX: Sintomas de abstinência a BDZ..... | 68 |
| Quadro X: Normatização para prescrições de BDZ. (OPAS, 1992)..... | 71 |
| Quadro XI: Portaria 28-B - Prescrição..... | 72 |
| Quadro XII: Portaria 28-B – Dispensação..... | 73 |
| Quadro XIII: UBS do Distrito de Saúde Noroeste..... | 78 |
| Quadro XIV: População da Região Noroeste por Centro de Saúde..... | 79 |

| | <i>PÁG.</i> |
|--|-------------|
| Diagrama 1: Casos de uso crônico de diazepam..... | 87 |
| Diagrama 2: Método de pesquisa..... | 95 |



RESUMO

O objetivo desta pesquisa é investigar aspectos relacionados ao uso crônico de benzodiazepínicos, no caso, o diazepam. Foram estudados 41 pacientes, provenientes de serviços de atenção primária à saúde em Campinas, e que receberam prescrição desse fármaco por tempo mínimo de 3 anos.

O estudo foi delineado em duas fases. Na primeira fase, através de exame de registros, investigamos variáveis relacionadas ao consumo de diazepam, focalizando maior atenção sobre as doses utilizadas e sobre a origem da prescrição, particularmente quanto à especialidade do médico prescritor.

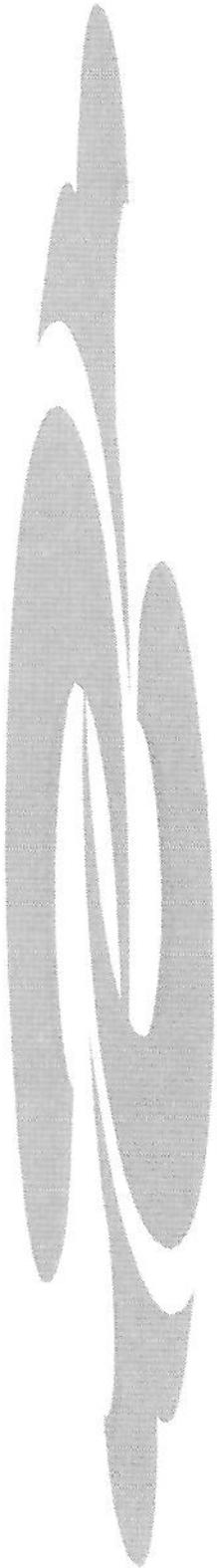
Na segunda fase, estudo de campo, os pacientes foram submetidos à instrumentos psiquiátricos tais como: escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) e Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), e instrumentos específicos para investigação de dados sociodemográficos da Associação Brasileira dos Estudos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME). O padrão de uso de diazepam foi investigado através de uma entrevista semi-estruturada elaborada para estudar as seguintes variáveis: razões para o uso, efeitos da droga, alternativas para lidar com problemas emocionais sem uso de diazepam, percepções dos pacientes sobre atitudes de seus prescritores, tentativas de interromper o consumo e sintomas de abstinência, entre outras.

Nossos resultados demonstraram que usuários crônicos, em nosso meio, são mulheres, brancas, entre 50-69 anos, de baixa escolaridade, situação econômica desfavorável, que vivem sem companheiros e apresentam quadros depressivos sub-diagnosticados, inapropriadamente tratados com benzodiazepínicos. Não houve tendência ao aumento progressivo de doses e a continuidade do consumo deveu-se, na maioria dos casos, a uma grande dificuldade para abandonar o uso devido ao temor em relação às reações de abstinência.

Através da escala HAD, detectamos 64% de casos suspeitos de ansiedade, e 69,2% de casos suspeitos de depressão.

Em relação aos diagnósticos estabelecidos pelo SCAN, identificamos transtornos depressivos em 63,4% dos casos, dependência de substâncias psicoativas em 29,6% dos casos, e transtornos do sono em 14,6% dos casos. Entre os demais diagnósticos, estabelecidos por esse critério, encontramos casos de transtornos de ansiedade (7,3%), somatoformes(7,3%), e outros em menor proporção.

Nossas conclusões apontam para a ausência de instrumentos diagnósticos específicos para estudar dependência de BDZ em nosso meio, e para a importância dos órgãos públicos de saúde incentivarem programas de intervenção sobre o uso crônico de BDZ, através de orientação de pacientes e profissionais da equipe de saúde.



APRESENTAÇÃO

POR QUE O DIAZEPAM?

‘...oportunas as palavras de Ewald, ao comentar ”Vigiar e Punir”, uma das brilhantes obras de Foucault’ (Veiga Neto,1996):

“Nada de imposições, uma possibilidade entre outras; certamente que não mais verdadeira que as outras, mas talvez mais pertinente, mais eficaz, mais produtiva... E é isso que importa: não produzir algo de verdadeiro, no sentido de definitivo, absoluto, peremptório, mas dar ‘peças’ ou ‘bocados’, verdades modestas, novos relances, estranhos, que não implicam em silêncio de estupefação ou um burburinho de comentários, mas que sejam utilizáveis por outros como as chaves de uma caixa de ferramentas.”

Mais ou menos com o espírito de fazer deste trabalho uma espécie de “caixa de ferramentas”, despojado totalmente da pretensão de uma grandiosa e inovadora idéia, procuramos oferecer alguma contribuição à pesquisa na área dos psicofármacos, particularmente dos benzodiazepínicos (BDZ).

Vale aqui algumas breves explicações preliminares sobre idéia do título: “CONSUMO CRÔNICO DE DIAZEPAM POR PACIENTES ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAMPINAS”. O interesse por este tema nasceu de uma necessidade prática como esclarecemos a seguir.

O estímulo inicial para este estudo, foi facilitado pela oportunidade da autora fazer parte, na ocasião, da equipe de Supervisão de Saúde Mental da região Noroeste no município de Campinas (SP). Através dessa atividade de supervisão e do contacto íntimo com a problemática da saúde mental, cogitou-se da possibilidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresentarem irregularidades quanto a prescrição, consumo, uso crônico e indiscriminado de diazepam.

A tarefa de apurar fatos, coletar dados e rever a literatura a respeito do consumo de BDZ, mais especificamente do diazepam, tinha como intuito dotar-nos de maiores informações sobre o assunto.

Desta forma, a pesquisa bibliográfica inicial serviu de estímulo para um trabalho mais detalhado e, a constatação de que este assunto já se constituía em um problema bem identificado na Saúde Pública, nos fez pretender objetivos mais abrangentes.

Devido à carência de dados que pudessem ser utilizados como referência para avaliar esta questão, especificamente no município de Campinas, descontando-se elementos intuitivos, não era possível precisar se, de fato, o consumo desses medicamentos estava elevado ou não.

Percebendo ainda, durante uma avaliação primária, a existência de importantes diferenças entre as várias unidades de saúde da rede pública de Campinas, e de alguns eventos interessantes relacionados ao consumo e prescrição de BDZ nestas unidades, optamos por ampliar nossa investigação.

Assim sendo, estender o estudo para outras unidades de saúde da região Noroeste de Campinas foi, como dissemos inicialmente, uma necessidade metodológica para estabelecer parâmetros de comparação. Mas, com o crescente interesse despertado pelo volume de dados obtidos a partir de um estudo inicial, acabamos preferindo estender a pesquisa propiciando, desta forma, uma investigação científica sobre o tema e nos trazendo, finalmente, ao presente trabalho.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa orientada para um *problema específico*, já que é realizada dentro das instituições governamentais ou para elas (Minayo, 1996). A destinação prática do estudo se reforça mais ainda na opinião da autora, segundo a qual, os resultados da investigação são necessários e serão utilizados para ajudar a lidar com problemas práticos e operacionais em saúde pública

Tendo em mente, por um lado, o fato de as indicações médicas de o diazepam destinarem-se ao alívio da ansiedade, da tensão ou do simples comprometimento emocional atrelados a algumas doenças orgânicas e, por outro lado, as suspeitas de possível dependência causada por esse medicamento, novas questões estimularam ainda mais a presente pesquisa.

Essas questões poderão ter valor em futuras reflexões e avaliações sobre a necessidade, eficácia e indicações deste tipo de tratamento médico, além de poder oferecer algum subsídio para investigar a problemática emocional da população assistida em centros de saúde, e de cogitar alguma coisa sobre a difícil questão do tripé responsável pela perpetuação do problema: dependência versus atitudes versus persistência do problema emocional atual.

A intenção foi propiciar o desenvolvimento de uma pesquisa de campo, exploratória, quantitativa e descritiva, com estudo e descrição de determinada população. Em nosso caso, da população que consome diazepam nas Unidades Básicas de Saúde da região Noroeste.

Os aspectos descritivos apresentados em nosso trabalho versam inicialmente, de uma maneira panorâmica, sobre a prescrição e consumo de diazepam nas UBS e definição de doses utilizadas, dados obtidos através de levantamento de receituários nas unidades bem como dos registros de livros de psicotrópicos.

Esses aspectos são apresentados de maneira a despertar o interesse daqueles que atuam na área de saúde pública; seja na assistência, seja na gerência de serviços da rede primária de assistência. Propiciará, predominantemente, uma atitude reflexiva sobre os aspectos relacionados ao consumo de BDZ em nossas unidades de saúde.

Neste nosso estudo, pretendemos também, além do levantamento dos aspectos quantitativos, estendermos um pouco mais sobre a compreensão dos fenômenos e atitudes que permeiam o uso desta classe de psicofármacos em unidades de atendimento primário à saúde, mais especificamente do diazepam. Procuramos considerar os fatores que propiciam ao paciente a necessidade do uso desses medicamentos, de seu abuso ou uso indiscriminado e cogitar, também, alguns fatores que poderiam levar ao desenvolvimento de dependência.

Enfocamos o assunto sob o prisma da Saúde Pública, acreditando que o desenvolvimento de pesquisas nesta área pode contribuir para ampliar a consciência de profissionais e pacientes à respeito dos eventuais riscos advindos do uso indiscriminado ou abusivo e da possível dependência química ou psíquica associada aos BDZ.

Consideramos que o nosso objeto de investigação, além do marcado interesse para exercício da saúde comunitária, descortina ainda a possibilidade de estudos mais abrangentes e merecedores de novas considerações posteriores, favorecendo assim o diagnóstico dessa situação em nosso ambiente.

Em um segundo momento, como se o problema pudesse ser esmiuçado através da visão ampliada por uma lupa, nos detivemos mais detalhadamente sobre particularidades dos usuários crônicos da medicação estudada. Nossa preocupação voltou-se, assim, para as características sócio-demográficas, para o perfil sintomatológico e para os diagnósticos realizados, bem como para as atitudes do paciente e do médico prescritor em relação ao medicamento.

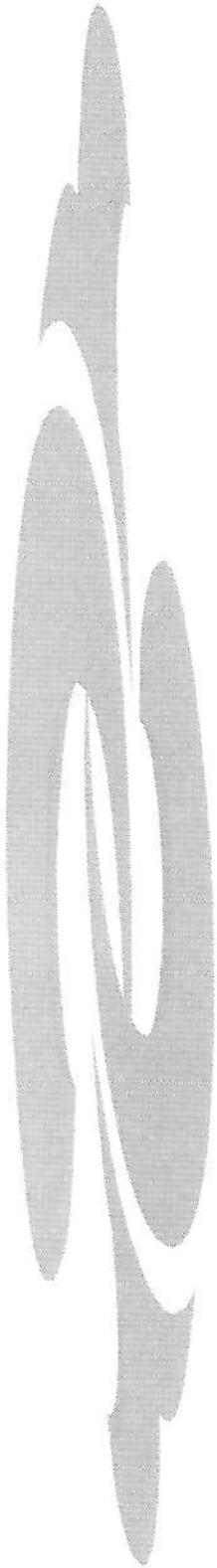
Para lidar com essa fase da pesquisa utilizamos uma entrevista semi-estruturada, desenvolvida por nós, e de instrumentos de investigação diagnóstica que nos permitiram chegar aos resultados apresentados adiante.

Nossa primeira inclinação foi responder imediatamente ao problema apontado, conforme descrito anteriormente, sobre a suspeita da prescrição e utilização inadequada de diazepam.

Porque o diazepam?

Existem dois BDZ atualmente padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas; o diazepam, em apresentação de comprimidos de 10mg e o nitrazepam de 5mg. Causa certa estranheza o fato deste último ter sua distribuição bastante irregular, enquanto o diazepam aparece regularmente disponível nas farmácias das UBS do município. Independentemente do fato dessa regularidade na distribuição do diazepam ser causa ou conseqüência da constância de sua prescrição, optamos por calcar nosso estudo na dispensação (aviamento da receita pela farmácia da UBS) dessa substância.

Com a intenção de ampliar nosso olhar sobre as questões relacionadas à utilização crônica de BDZ, foi necessária alguma revisão nos conceitos de dependência, tolerância, uso abusivo, uso indiscriminado, vício e abstinência ligados aos BDZ. Esses conceitos são apresentados em nosso trabalho de maneira resumida no capítulo introdutório intitulado O DIAZEPAM.



INTRODUÇÃO

O DIAZEPAM

Inicialmente, faremos uma breve revisão sobre os BDZ, procurando focar particularmente o diazepam, fármaco que representa o objeto principal de nosso estudo.

1. HISTÓRIA

A ERA DOS BENZODIAZEPÍNICOS

OS ANTIDISTÔNICOS NO BRASIL

2. FARMACOLOGIA

PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

ESTUDOS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- CONCEITOS E DEFINIÇÕES BÁSICAS
- CONCEITOS ESPECIFICADOS EM RELAÇÃO AOS BENZODIAZEPÍNICOS

1. HISTÓRIA

O ser humano tem procurado, ao longo de sua história, por agentes químicos capazes de aliviar os efeitos dos estresses e dos sentimentos de desconforto, tensão e ansiedade que comumente experimenta durante sua vida. O álcool, em virtude de seu efeito sedativo, é um desses agentes químicos amplamente utilizado em praticamente todas as civilizações humanas (Tancredi 1986; Bernik, 1990).

No início do século passado, os sais de brometo e os barbitúricos foram introduzidos na prática médica como sedativos, porém, na década de 30, foram constatados efeitos tóxicos dos brometos sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) e seu uso declinou na prática médica. Assim sendo, durante as primeiras décadas do século XX, os barbitúricos continuaram sendo os agentes antiansiedade dominantes.

Ainda no século XX, durante os anos 50, a despeito da enorme popularidade dos barbitúricos, detectou-se sua capacidade para induzir a tolerância. Seus efeitos de sedação foram considerados excessivos e, a notável propensão para causarem dependência,

juntamente com os sérios riscos da superdosagem e da intoxicação aguda, foram considerados efeitos adversos muito graves. Além disso, constatava-se a possibilidade de algumas reações potencialmente letais durante a retirada da droga.(Goodman&Gilman, 1983)

Os problemas pertinentes aos barbitúricos encorajaram pesquisas em busca de agentes menos danosos e mais seguros, abrindo-se caminho para a descoberta do primeiro BDZ, o clordiazepóxido.

A era dos benzodiazepínicos

Foi no final da década de 50 que Sternabach, retomando os estudos efetuados por Auwers e Mayenburg sobre o anel heterocíclico, sintetizado desde 1891, chegou à estrutura dos BDZ, surgindo assim o clordiazepóxido. A partir daí, a introdução de uma série de BDZ congêneres rapidamente dominaram o mercado e a prática médica no mundo todo. Inicia-se então a *Era dos BDZ*, a partir da síntese do clordiazepóxido em 1957(Goodman & Gilman, 1983).

A nossa intenção de estudar o consumo de diazepam, substância sintética produzida em manufatura de larga escala, atingindo milhares de toneladas por ano, foi reforçada por um vasto referencial histórico e teórico.

A literatura médica tem sido inundada de artigos à respeito dos dados de consumo nacionais e internacionais de benzodiazepínicos, esses trabalhos privilegiam a preocupação sobre essa substância, cujo uso indevido é bastante comum nos países industrializados.

De existência relativamente recente, os BDZ mostraram tal eficiência e segurança no combate à ansiedade que, em pouco tempo, vieram a se tornar os medicamentos mais vendidos em todo o mundo (Tancredi,1986).

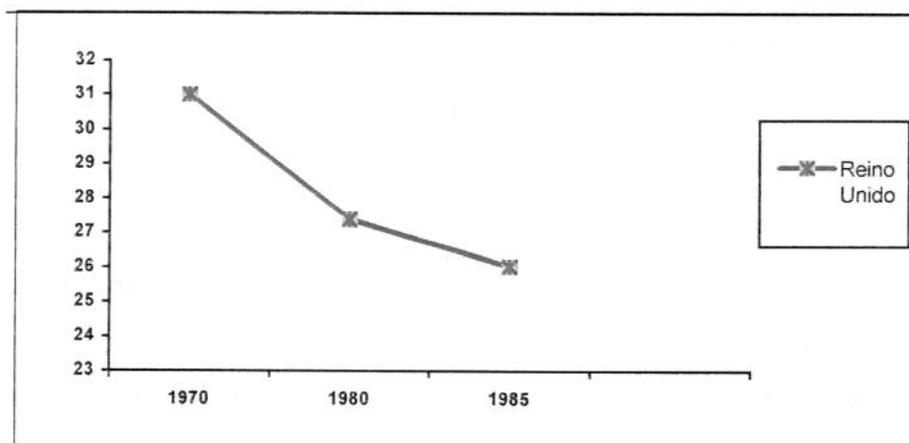
“Em 1966, apenas seis anos após a comercialização da primeira benzodiazepina, o professor Deniker – um dos precursores da moderna psicofarmacologia - alertava para o uso imoderado destas substâncias, em situações não médicas, com o fim

de evitar, graças á sua ação rápida, todos os inconvenientes da vida moderna: ansiedade, nervosismo, insônia... Propunha, o professor, que se evitasse recorrer a "... estas aspirinas dos estados de tensão e angústia" para qualquer situação" (Tancredi, 1986).

A epidemiologia mostrou que o uso de BDZ cresceu explosivamente na década de 60 e princípio da década de 70. Vários autores questionaram a falta de rigor e critério com que vinham sendo prescritos; *"...tem ficado evidente que há muito tempo elas deixaram de ser empregadas para situações estritamente médicas e que entraram para o dia a dia das pessoas como 'aspirinas modernas', sendo então utilizadas para lidar com a ansiedade comum no dia-a-dia"* (Tancredi,1986).

Os BDZ atingiram grande popularidade entre os membros da classe médica e na população geral. Para se ter uma idéia desse fenômeno, só no Reino Unido, em 1979, foram constatadas 31 milhões de prescrições de BDZ (Beaumont, 1990). Nos EUA, só no ano de 1984 foram feitas mais de 100 milhões dessas prescrições, estimando-se um custo de mais de 500 milhões de dólares. De todas estas prescrições, mais da metade foi de diazepam (Bernik, 1990).

Este expressivo consumo de BDZ tornou-se grande preocupação para a Organização Mundial de Saúde e, mediante campanhas de educação junto à classe médica, conseguindo-se uma inversão da curva ascendente de consumo entre os anos 70 e início dos anos 80 nos EUA. No Reino Unido constatou-se um decréscimo de 16% no número de prescrições durante o ano de 1985.(Gráfico 1)

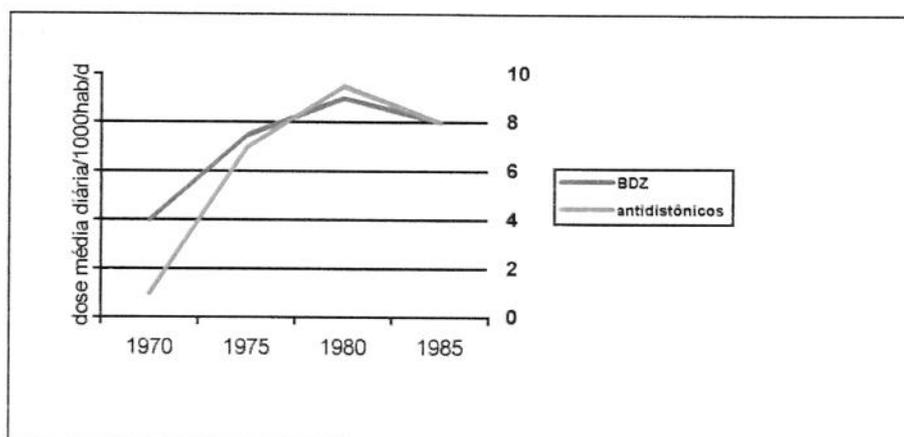


fonte: Adaptado de Beaumont (1990)

Gráfico1: Curva descendente de prescrições de BDZ no Reino Unido (1970-1985) (em milhões de prescrições/ano)

Os antidistônicos no Brasil

A inversão da curva de consumo de BDZ, no Brasil, não ocorreu na década de 80. A ascensão de seu consumo constatada até 1989 (Gráfico 2) devia-se, principalmente, às vendas indiscriminadas dos medicamentos chamados antidistônicos, em cuja composição incluíam-se os BDZ associados a algum anticolinérgico (Karniol et al., 1986).



Fonte: Adaptado de Tancredi(1986)

Gráfico2: Ascensão do consumo de BDZ e antidistônicos no Brasil (década de 80)

Esses antidiestônicos eram vendidos livremente, dispensando-se a apresentação da receita médica. Esse comércio era tão promissor que o mercado da época contava com mais de 100 apresentações desses produtos. Tancredi(1986) nos apresenta um percurso histórico dos antidiestônicos, em sua tese, e faz críticas contundentes à utilização que ele denomina de indiscriminada (sem o acompanhamento médico), destes fármacos. Esse autor discute, em sua obra, a questão da indicação terapêutica destas associações, uma vez que, na época, não havia estudos que pudessem comprovar os benefícios clínicos deste tipo de associação.

“O raciocínio farmacológico era baseado no conhecimento de que a tensão emocional podia ser um componente agravante na dor visceral...” “Se do ponto de vista da lógica terapêutica eles são de utilidade discutível, do ponto de vista comercial os antidiestônicos provaram que foram um sucesso” (Tancredi 1986).

Em 1989 esses tipos de associação medicamentosa foram banidos das farmácias. Simultaneamente, foram tomadas medidas restritivas à propaganda de BDZ, preconizadas como drogas antiestresse e indicadas para as *“tensões da vida diária”*.

Antes da regulamentação do uso e prescrição dos BDZ, no final da década de 80, a situação chegou ao ponto em que esses produtos eram a segunda droga de uso ilícito entre estudantes de 1o. e 2o. graus (Carlini, 1993).

O estudo de Carlini e Nappo (1993), demonstra que o consumo dos BDZ no ano de 1988 excedeu 2.096 kg (DDD/1000hab=23,03)¹ e em 1989 ultrapassou 4.909 kg (DDD/1000hab=18,48) no Brasil, sendo o diazepam, maior responsável por esta diferença. Estes autores sugeriam que um pequeno segmento da população brasileira estava consumindo exageradamente BDZ na época.

Um estudo de Mari et al. (1993) à respeito do uso de psicofármacos na cidade São Paulo, demonstrou uma prevalência de consumo de benzodiazepínicos em 10, 2% de uma amostra populacional representativa.

¹ (DDD= dose diária definida =dose média assumida por droga prescrita por dia para adultos, na principal indicação terapêutica.)

Um outro estudo transversal de base populacional realizado em 1994, publicado no ano de 1999 pelo prof. Maurício S. Lima, da Universidade Federal de Pelotas, juntamente com o prof. Jair Mari, mostrou que 11,9% dos brasileiros utilizavam algum tipo de psicotrópico. Destes, 57,9 % consumiam algum medicamento do grupo dos BDZ.

Podemos citar ainda um estudo desenvolvido no Hospital das Clínicas da FMUSP, coordenado pelo professor Bernik (1995), que versa sobre o uso crônico de benzodiazepínicos na população atendida nas diversas especialidades daquele hospital. Esse estudo demonstrou que 45,3% dos pacientes estudados apresentavam relatos de alguma oportunidade de consumo de benzodiazepínicos no passado.

Sob o título "*O perigo dos calmantes excessivos*", o jornal "A TRIBUNA DE CAMPINAS" publicou matéria muito ilustrativa em sua edição de 06/04/1997², refletindo a grande preocupação da comunidade científica e da mídia com o uso indiscriminado de substâncias psicoativas. A matéria citava diversos relatos de psiquiatras pesquisadores e clínicos e suas opiniões a respeito da utilização dos tranqüilizantes. Esta matéria mostrava ainda os resultados de uma pesquisa realizada naquela época em São Paulo, pela empresa Ricardo Viveiros Associados, revelando que o consumo indiscriminado e por tempo prolongado, com ou sem receita, de calmantes e antidepressivos, tem aumentado em todas as classes sociais, principalmente as mais baixas.

Esta pesquisa foi realizada com 611 pessoas. Mostrava que 11% dos entrevistados, entre 50 e 65 anos, a maioria mulheres das classes D e E, usam calmantes e antidepressivos regularmente há 5 anos, em média. Além disto, a expressiva maioria dos entrevistados (95%) tivera seus medicamentos receitados por um clínico.

Podem ser muitos os fatores causais associados a esse uso extraordinário. As hipóteses são muitas e variadas, devendo ser elaboradas juntamente com os conhecimentos da Epidemiologia, da Medicina, da Economia e das Ciências Sociais. As modificações nos padrões da relação médico paciente, as solicitações emocionais da competitividade na

² A Tribuna de Campinas - Matéria elaborada por Antonio Marinho - Caderno Variedades pág 1.

2. FARMACOLOGIA

Conforme apontado por Oggero (1986), os BDZ podem provocar modificações biológicas raras e pouco específicas. As funções hipofisárias não parecem sofrer influências dos BDZ, embora, em raros casos, tenha sido relatada a agravação de diabetes hiperglicêmica. Os BDZ também potencializam os efeitos frenadores da dexametasona sobre a secreção de cortisol.

Na eletrogênese cerebral, técnicas de eletroencefalografia quantitativa demonstraram que, nas doses habituais, os BDZ produzem certa redução da intensidade do ritmo alfa, aumento dos ritmos rápidos e aparecimento de grande variedade de ritmos lentos. Doses elevadas de BDZ podem ocasionar o aparecimento de ritmos lentos e um aumento na amplitude das ondas eletroencefalográficas. De um modo geral podemos dizer que os BDZ não alteram significativamente as constantes fisiológicas do homem.

Propriedades Farmacológicas dos BDZ

Os efeitos terapêuticos dos BDZ dependem, pelo menos em parte, de sua capacidade de modificar o sistema comportamental de gratificação-punição. Eles podem desinibir o comportamento, reduzindo não só a atividade da serotonina mas, ao que parece, também da acetilcolina em nível dos neurônios do sistema de punição. A redução da transmissão serotoninérgica talvez seja devida a uma facilitação das terminações nervosas serotoninérgicas pré-sinápticas, onde o mediador é o Ácido Gama Amino Butírico (GABA).

No Quadro I abaixo demonstramos as indicações terapêuticas dos benzodiazepínicos.

Quadro I: Indicações terapêuticas dos benzodiazepínicos

- Ansiolíticos
- Sedativos
- Hipnóticos
- Anticonvulsivos
- Miorrelaxantes
- Pré-anestésicos e Anestésicos

Estudos de utilização de medicamentos

A utilização de medicamentos é definida pela OMS como sendo: a comercialização, a distribuição, a prescrição e o uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial nas conseqüências médicas sociais e econômicas (WHO, 1977).

Assim, estudos de utilização de medicamentos são ferramentas que servem para analisar, avaliar e monitorar as questões relacionadas ao medicamento, não apenas os seus aspectos médicos, mas também seus aspectos sociais e econômicos, subsidiando uma discussão política definidora de uma política de medicamentos e numa questão mais ampla definição de políticas de saúde (Pfaffenbach, 1997).

A relevância dos estudos de utilização de medicamentos demonstra uma adequação para estabelecimento de estimativas de riscos aos quais a população estaria exposta quando faz uso de medicamentos, bem como os benefícios do seu emprego. Este tipo de estudo permite conhecer quais os fatores que influenciam as atitudes relativas à prescrição ou ao consumo de medicamentos, quantificar o uso inadequado de medicamentos, estudar as causas das não adesão ao tratamento, determinar o abuso de medicamentos, estabelecer o resultado das medidas educativas, estabelecer relação de custo/ benefício/ segurança de um medicamento, bem como orientar a alocação de recursos orçamentários para medicamentos de um modo mais eficaz.

Os estudos de utilização, de um modo geral, também possibilitam o conhecimento e comparação das atitudes de diferentes grupos de prescritores, com vistas a melhorar a qualidade da prescrição por meio da análise da escolha do medicamento e da forma com que foi proposto seu uso. Permite, ainda, observar os efeitos adversos a curto e longo prazo, fatores de risco associados à predisposição genética, doenças e meio ambiente, nutrição, sexo, idade, gestação, lactação, etc. (PFAFFENBACH 1997)

Estudos de utilização de medicamentos podem ser quantitativos e ou qualitativos. Os primeiros estudos foram quantitativos e descritivos, e dão conta de aspectos ligados aos níveis de consumo. Já os estudos qualitativos completam as informações quantitativas iniciais com dados sobre a adequação da prescrição, sobre os hábitos dos prescritores, adesão ao tratamento por parte dos pacientes, ou seja, observam os aspectos relacionados ao padrão de uso.

Há duas formas gerais e não excludentes de estudar o consumo de medicamentos:

- Inquéritos populacionais - fornecem uma visão de corte transversal, buscando indicadores de prevalência do consumo e descrevendo as características dos usuários, a exemplo da pesquisa realizada por Tancredi, a qual durou de 1976 a 1978.
- Estudos longitudinais - onde as tendências dos indicadores de consumo são observadas ao longo do tempo, a exemplo da pesquisa realizada por Tancredi, estudando as tendências de consumo de 1970 a 1985.

Estudos de medida de consumo:

A medida do consumo, em geral é realizada através do levantamento do número de receitas médicas aviadas ou através da estimativa do número de doses consumidas, obtida a partir do montante de vendas de medicamentos em farmácias.

Tancredi adaptou no seu estudo de consumo o conceito de DDD (Defined Daily Dosis) empregado desde a década de 70 pelos autores europeus e seu trabalho se constituiu no primeiro do Brasil a usar tal metodologia para um estudo de grande escala. Para isto este autor sentiu a necessidade de adequar o conceito de DDD aos padrões brasileiros e passou a chamá-lo de dose média diária (DMD). Foram pesquisadas as vendas globais de medicamentos regulamentados pela legislação, foi calculado o número de DMD vendidas por ano, e os valores foram então correlacionados, para definir a DMD para cada grupo de 1000 habitantes maiores de 15 anos.

Como poderemos observar adiante, este conceito de dose média diária será utilizado como medida de consumo em nossa pesquisa.

Um estudo de Nappo & Carlini (1993), utilizando método de definição da dose diária (DDD), procurou estabelecer o consumo de BDZ no Brasil, utilizando informações do Ministério da Saúde que abriga todas as informações referentes a produção interna, importação, venda, e distribuição de BDZ. Calculando indiretamente, o consumo diário

através das diferenças de estoque iniciais e finais foi possível definir DDD/ 1000 habitantes para a população brasileira entre 1988 e 1989. Este estudo demonstra um decréscimo do consumo no ano 1989, provavelmente devido à limitação de vendas de antidistônicos. As DDD/1000 habitantes caíram de 23,03 em 1988 para 18,48 em 1989. A definição de consumo através de estimativas, neste caso é uma aproximação do consumo para grandes populações.

Karniol et al.(1986), estudaram a prevalência de consumo em diferentes serviços. Trata-se de um estudo realizado na cidade de Campinas com algumas descrições do consumo e prescrição de BDZ enfocando o uso em unidades de Saúde Pública. Neste estudo a revisão de 275 prontuários do ambulatório de Saúde Mental do Estado demonstrou a prescrição de benzodiazepinas em 45% dos casos. Utilizavam cronicamente, ou seja, por mais de um ano 20 pacientes (34,4%). Daqueles que foram entrevistados (n=10), o predomínio era de mulheres, idade variando entre 23 e 60 anos (Mediana=44), pertencentes a um baixo estrato sócio-econômico. Estes pacientes recebiam medicação de órgão público, o tempo de uso variava entre 13 a 192 meses com uma mediana de 40 meses, ou seja mais de três anos. As doses utilizadas variavam entre 20 a 60 mg/d.

Martin Holm, um grande estudioso do consumo de BDZ na Dinamarca, participou de um estudo multicentrico internacional em 1981, o qual detectou naquele país uma prevalência de uso de BDZ, em torno de 11,9% na população, prevalência esta, segundo o autor, similar à maioria dos países europeus.

Destacamos um estudo realizado por Holm em 1985, através do qual foram pesquisadas todas as prescrições realizadas durante uma semana por médicos generalistas. Foram estudadas as drogas prescritas quanto a ação farmacológica, doses utilizadas em DDD e outros aspectos relacionados ao padrão de uso que serão posteriormente citados (tabela A). Chamamos atenção para a relação com os prescritores demonstrando que muitas das vezes o BDZ foi prescrito sem o contato direto com o médico, ou seja, através de transcrições realizadas pelo corpo de enfermagem. Neste estudo 4180 prescrições de psicotrópicos foram aviadas para 3756 pacientes, os BDZ foram indicados em 2812 prescrições (67%), para 2574 pacientes(69%), a incidência de primeiras prescrições de BDZ, apontada por este estudo foi de 26 prescrições/1.000 habitantes/ano.

Tabela A: Estudo de Holm (1988) Consumo e padrão de uso de BDZ

| | | |
|---|----------------------------|--------------------------------|
| Total prescrições BDZ | 2812 | |
| Total pacientes | 2574 | |
| Já haviam recebido prescrição previamente | 2303 | 89,5% |
| Uso crônico (>1 ano) | 1215 | 47,2% |
| Indicação terapêutica: | | |
| Como tranqüilizantes menores | 1372 | Idade(mediana) |
| Masculino | 453 | 52 |
| Feminino | 905 | 55 |
| Como hipnóticos/sedativos | 1188 | |
| Masculino | 388 | 65 |
| Feminino | 789 | 66 |
| Relação com o prescritor | Primeira prescrição | Repetição da prescrição |
| Consulta regular | 41,5% | 16% |
| Contato indireto | 55% | 82,8% |
| Convocação | 3,5% | 1,2% |

Estudos de padrão de uso

Em 1985, o Diazepam foi o 8º fármaco mais vendido no mundo (WHO, 1988). Estudos diversos têm mostrado as diferenças dos padrões de consumo nos diferentes países (Nappo & Carlini, 1993).

Em São Paulo, Mari et al. (1993) determinaram a prevalência do consumo de psicotrópicos em um ano, encontrando um consumo geral de 101,6 pessoas/1000 habitantes. A maior frequência de uso dos psicotrópicos foi para o grupo dos tranqüilizantes (80,4 pessoas/1000 habitantes), mostrando que este consumo aumentava com a idade e sendo as mulheres as maiores consumidoras.

Um outro estudo que merece ser citado é o de Wortmann (1994), a respeito do consumo de BDZ e dos assim chamados “calmantes caseiros” em Porto Alegre (RS). Foram entrevistados 480 habitantes, maiores de dezoito anos, selecionados através de amostragem aleatória por conglomerados, (setores censitários do IBGE) As prevalências do uso de BDZ na vida (46,7%), no último ano (21,3%) e no último mês (13,1%) foram estudadas, o uso é comumente relatado numa frequência de 2 a 3 vezes na semana. A prevalência de consumo foi maior entre as mulheres,viúvos e separados. Neste estudo mais de 40% dos entrevistados relataram uso freqüente de substâncias caseiras para “acalmar”. (Tabela B)

Tabela B: Estudo de Wortmann (1994) Padrão de uso de BDZ em Porto Alegre

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Sexo feminino | 291 |
| Sexo masculino | 189 |
| Idade média | 43 (DP=±16,58) |
| Idade máxima | 87 |
| Idade mínima | 18 |
| Idade de início do consumo | 32,8 (DP=±12,8) |
| Uso sem prescrição | 8,4% |
| Uso calmante “naturais” no mês | 28% |
| Motivos para consumo | |
| Ansiedade | 58,6% |
| Insônia | 24% |
| <i>Stress</i> | 9% |

Holm (1990), publicou uma pesquisa sobre padrão de uso e descontinuação de BDZ, tendo por objetivo monitorar a interrupção do consumo em pacientes que iniciaram o tratamento recentemente e em pacientes que já faziam uso crônico de BDZ. Foi realizado o seguimento por um ano de 201 pacientes com prescrições efetuadas pela primeira vez, e 607 pacientes com uso crônico.

No seguimento de um ano deixaram de receber prescrições 55% daqueles que iniciaram o tratamento, sendo que os mais idosos tenderam a continuar o uso. Já daqueles que faziam uso crônico, apenas 12% tiveram suas prescrições interrompidas. A continuidade nestes casos foi mais freqüente em mulheres, sozinhas, uso diário, as quais utilizavam DDD mais altas (>49mg/d). Holm estudou também as atitudes dos médicos generalistas que acompanhavam estes pacientes através de um questionário, chamamos atenção para a iniciativa de interromper o consumo partir do próprio paciente (Tabela C).

Tabela C: Estudo de Holm (1990) Atitudes dos médicos a respeito dos usuários de BDZ

| | | |
|---|---------------------------|--------------------|
| Duração da prescrição | | |
| < 3 anos | 23% | |
| 3 a 6 anos | 25% | |
| >6 anos | 18% | |
| DDD (Dose Diária Definida em mg/d) | | |
| <25 | 20% | |
| 25 a 49 | 22% | |
| >49 | 24% | |
| Iniciativa para interromper uso | Prescrição recente | Uso crônico |
| Partiu do médico | 4 | 3 |
| Partiu do próprio paciente | 33 | 20 |
| Médico e paciente | 32 | 22 |
| Outras | 0 | 4 |
| Não soube referir | 10 | 7 |
| Sem resposta | 9 | 10 |
| Julgamento do médico sobre indicação paracontinuar o uso | Prescrição recente | Uso crônico |
| Absolutamente indicado | 28 | 191 |
| Indicação duvidosa | 25 | 170 |
| Provavelmente não indicado | 5 | 75 |
| Absolutamente não indicado | 0 | 9 |
| Outros | 1 | 9 |
| Não soube referir | 4 | 9 |
| Sem resposta | 10 | 4 |
| Julgamento do médico sobre interromper a prescrição de BDZ | | |
| Fácil | 13 | 38 |
| Difícil, mas possível | 18 | 152 |
| Impossível | 4 | 95 |
| Irrelevante ou contra-indicada | 23 | 159 |
| Outras | 2 | 5 |
| Não soube referir | 7 | 16 |
| Sem resposta | 6 | 2 |

Como podemos observar os estudos de padrão de uso podem dar maior ênfase aos aspectos ligados ao comportamento e atitudes de prescritores e usuários em relação ao fármaco.

Estudos podem também investigar tendências de prescrição por profissionais das diferentes especialidades. Um estudo sobre a utilização de BDZ no Chile (Busto 1996), demonstra que primeiras indicações para iniciar o uso de BDZ parte dos médicos generalistas (55,2%), seguidos por psiquiatras (10,7%) e neurologistas(10,7%) e por fim cardiologistas (6,9%).

Este estudo propicia uma contribuição intrigante ao demonstrar que em 21,2% dos casos a recomendação inicial para o uso foi proveniente de vizinhos ou familiares, e ainda que em 1,3% o uso foi recomendado por farmacêuticos. O autor atribui ao uso imoderado de substâncias no Chile falhas no sistema de saúde que contribuem para uma grande dificuldade de acesso para atendimento, além da falta de política de controle de psicotrópicos, uma vez que 50% das apresentações comerciais de BDZ eram encontradas nas farmácias em sistema de venda livre de controle.

Existe a necessidade de avaliar não apenas os padrões de uso de benzodiazepínicos no que concerne às estruturas nacionais de saúde mas, também e sobretudo, avaliar as práticas individuais de prescrição. É por demais relevante determinar quais são as atitudes dos prescritores diante das diversas situações onde o emprego de BZD pode ser benéfica ou questionada, bem como as possíveis substituições destes fármacos por outros, por álcool por fumo, etc.

Tancredi (1986) deixa claro em seu trabalho que não é avesso aos tratamentos biológicos, porém recomenda seguir rigorosamente o princípio da “dose adequada no momento adequado”. Este autor considera tão nocivo prescrevê-los para situações inadequadas, quanto empregá-los em doses subclínicas ou desnecessariamente elevadas.

Citando SOUGEY (1987):

"Abordar o tema da dependência aos benzodiazepínicos é uma necessidade de nossos dias. Não se trata aqui de fazer apologia da não-medicalização dos distúrbios psiquiátricos, nem tampouco, a defesa inconseqüente do uso indiscriminado de tranqüilizantes para todos os problemas que nos chegam..."

Aqui fazemos uma pausa para algumas considerações que se fazem pertinentes, esta pesquisa não se propõe a criticar ou invalidar a contribuição terapêutica que os benzodiazepínicos trouxeram à prática clínica, nossa expectativa é de contextualizar e entender o que se passa em nosso campo de trabalho, na intenção de contribuir para uma compreensão ampliada deste fenômeno relativo a utilização crônica do Diazepam.

3. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Nosso trabalho diz respeito aos medicamentos, psicofármacos, BDZ, uso abusivo, dependência e outros tópicos que precisam, antes de qualquer coisa, ter uma conceituação claramente explicitada. Para conceituar esses tópicos recorreremos a algumas fontes reconhecidamente autorizadas, muitas das vezes apresentando um percurso histórico de alguns conceitos. De qualquer maneira antecipamos que o referencial conceitual de nosso trabalho está calcado sobre as definições e conceitos da CID 10 e DSM-IV além dos critérios do SCAN.

Para Goodman & Gilman, **Droga** é *“qualquer agente químico que afeta os processos dos seres vivos, usado em terapias e também, comumente responsável por envenenamento doméstico e industrial, bem como por poluição ambiental”*.

Medicamentos, seriam as *“drogas cuja utilidade para terapia depende crucialmente da capacidade em produzir efeitos desejados com efeitos colaterais apenas toleráveis”*(Benet, et al., 1991).

O **Abuso de Drogas**, por sua vez, seria a *“utilização, em geral por auto-administração, de qualquer droga de maneira diversa dos padrões aprovados por médicos ou pela sociedade, em determinada cultura”* Abuso seria, então, algo diferente da chamada **Utilização Compulsiva**. Esta, se daria *“quando se empregam drogas para modificação do humor e das sensações, os indivíduos continuam a fazer uso delas, mesmo não havendo indicação médica, comportando-se como se os efeitos das drogas fossem necessários para seu bem estar”* (Jaffe, 1991)

Tomemos como referencial os critérios do DSM-IV para abuso de substâncias no quadro II abaixo:

Quadro II . Critérios para abuso de substância do DSM-IV

- A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:**
- (1) uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)
 - (2) uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância)
 - (3) problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções por conduta desordeira relacionada a substância)
 - (4) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação, lutas corporais)
- B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância para esta classe de substância.**

O conceito de **Tolerância** se aplica quando, *“após administração repetitiva de uma determinada dose da droga, produz-se um efeito reduzido ou, por outro lado, quando doses cada vez mais altas devem ser administradas para que se consigam obter os efeitos inicialmente observados com a dose original”*

O **Vício**, por outro lado, é *“um padrão comportamental de uso de drogas, caracterizado por envolvimento surpreendente com o emprego de dada substância (utilização compulsiva), a certeza de sua disponibilidade e grande tendência a recidivar após um período de abstinência”* (Jaffe, 1991)

Edwards nos proporcionou um conceito de dependência psicológica calcado nos estudos de utilizadores crônicos de álcool, este conceito considera fortemente a capacidade da droga reforçar os comportamentos ligados ao seu consumo, proporcionando todo um direcionamento comportamental do usuário para atitudes de busca, aquisição e consumo da droga.(Edwards, 1977).

Cinco anos após a entrada em vigor da CID-9, a OMS em associação com a instituição norte americana Alcohol, Drug, Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA), patrocinou um grupo de trabalho internacional que elaborou uma nova definição de dependência.

Para a ADAMHA, **dependência** seria uma:

“Síndrome que se manifesta por um padrão de comportamento, no qual o uso de uma determinada droga psicoativa ou classe de drogas, recebe uma prioridade muito maior do que outros comportamentos que outrora recebeu valor maior”.

O termo “síndrome” é utilizado para designar um conjunto de fenômenos presentes na mesma intensidade. A síndrome de dependência não é absoluta, mas sim, um fenômeno quantitativo que existe em diferentes graus. A intensidade da síndrome é medida pelos comportamentos secundários a ela. Nenhum ponto de corte preciso pode distinguir a dependência de drogas do uso de drogas recorrente. Num extremo a síndrome de dependência é associada ao “comportamento compulsivo de usar a droga” (W.H.O - 1989).

A CID.10 (Classificação Internacional das Doenças, 10^a. Revisão) define a **Síndrome de Dependência** como um *“conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância, tipicamente associada ao desejo poderoso de tomar a droga, à capacidade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das conseqüências nefastas, ao desenvolvimento progressivo de outras atividades e obrigações em tomar proveito do consumo desta droga, a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, um estado físico de abstinência a uma substância tóxica específica”.*

O manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV estabelece critérios para dependência descritos no quadro III, abaixo.

Quadro III: Critérios para Dependência de Substância pelo DSM-IV

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado

(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância

(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

(a) síndrome de abstinência característica para a substância

(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

(3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido

(4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância

(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos), na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos

(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância

(7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância

Especificar se:

Com Dependência Fisiológica: evidências de tolerância ou abstinência (isto é, presença de Item 1 ou 2).

Sem Dependência Fisiológica: não existem evidências de tolerância ou abstinência (isto é, nem Item 1 nem Item 2 estão presentes).

Em nosso estudo os itens para dependência definidos pelo sistema SCAN serão considerados como referencial. Note-se que o critério para dependência no caso da aplicação do SCAN se dá pela presença de três ou mais itens ocorrendo juntos, ou continuamente por um mês ou ainda repetidamente por cerca de um ano. (Quadro IV)

Quadro IV: Critérios para itens de dependência pelo SCAN:

1. Desejo intenso (craving);
2. Incapacidade de controlar o uso;
3. Persistir no uso apesar de prejuízo evidente;
4. Destaque de atividades relacionadas ao consumo de drogas;
5. Tempo envolvido em atividades relacionadas ao uso de drogas;
6. Estreitamento do repertório do uso da droga;
7. Tolerância;
8. Sintomas de abstinência;
9. Usar drogas para aliviar sintomas de abstinência.

Muito embora a utilidade prática da diferenciação entre a dependência física e psíquica seja extremamente duvidosa, podemos entender a **Dependência Psíquica** como um desejo incoercível de repetir as ingestões do produto, a fim de reencontrar-se as sensações agradáveis ou extraordinárias que ele é capaz de produzir e, **Dependência Física**, um estado adaptativo caracterizado pela aparição de distúrbios físicos, às vezes intensos, quando a administração do produto é suspensa bruscamente. O conjunto desses distúrbios físicos constitui a **Síndrome de Abstinência** (Eddy et al., 1965).

4. CONCEITOS ESPECÍFICOS EM RELAÇÃO AOS BDZ

Estando nosso trabalho atrelado aos BDZ, os conceitos supra-referidos carecem ser explicitados para esse grupo farmacológico.

Estudos de tolerância a BDZ

Atualmente admite-se que o desenvolvimento de tolerância aos BDZ seja um fenômeno de neuro-adaptação (Quadro V), embora seus mecanismos subjacentes ainda não estejam inteiramente esclarecidos (Bemik, 1996/97).

Assim sendo, em relação aos BDZ, pode-se dizer que, durante a administração contínua, ou mesmo após doses únicas, esses medicamentos podem induzir Adaptação e/ou Tolerância farmacodinâmicas (Spizzirri & Arantes, 1987).

Em humanos esta tolerância aos BDZ se desenvolve muito mais facilmente em relação a seus efeitos sedativos do que em relação aos efeitos ansiolíticos (Bernik 1989). O mecanismo de indução de tolerância mais provável dos BDZ é a assim chamada de tolerância funcional (farmacodinâmica e comportamental) ou seja, dependem de alterações no número ou na sensibilidade dos receptores de BDZ, modificações no acoplamento do GABA ao seu receptor ou mudanças na neurotransmissão adrenérgica ou serotoninérgica em sistemas inibidos pelo GABA (Quadro V). Apesar disto, é pouco observada na clínica alguma tendência ao aumento progressivo das doses, o que comumente acompanha o fenômeno de tolerância (Zanini-Oga, 1993).

Quadro V: Modelos teóricos propostos para fenômeno de tolerância Fonte: Bernik (1995)

- Neuroadaptação em sistemas paralelos(não GABAérgicos, tolerância cruzada com outros depressores)
- Alteração na produção de ligantes endógenos
- Subsensibilidade do receptor BDZ (“down regulation”)
- Subsensibilidade do receptor GABA (“down regulation”)
- Hipofunção GABAérgica sem subsensibilidade
- Deslocamento do ponto de equilíbrio do receptor
- Tolerância comportamental (Modelo alternativo)

Estudos de Dependência à BDZ

Em relação à dependência aos BDZ, durante cerca de 20 anos estes fármacos foram considerados praticamente desprovidos da capacidade de induzir dependência física, embora uma síndrome de abstinência, inclusive com convulsões, já houvesse sido descrita para o clordiazepóxido ainda na década de 60.

Hoje, considera-se que a dependência aos BDZ está associada a dois fatores principais; a longa utilização do tratamento e as altas doses utilizadas. Apesar disso, existem relatos indicando a possibilidade de dependência após uso de até duas semanas e mesmo com doses mais baixas, ou em nível terapêutico (Oggero, 1986).

Segundo Sougey (1987), o uso prolongado de BDZ pode desenvolver um comportamento de constante procura do efeito ansiolítico, pois os pacientes freqüentemente se recusam a suspender seu uso por acreditarem em sua permanente eficácia. Isso acaba por estabelecer uma relação de dependência psicológica e abuso, a qual representa, segundo o autor, um problema de difícil abordagem na prática.

Em relação à predisposição para a dependência, Sougey cita ainda, como representantes de uma população predisposta ao abuso de tranqüilizantes, os indivíduos com traços ansiosos de personalidade e com reduzida capacidade de assimilar frustrações ou mesmo aqueles com permanentes problemas sociais. Esse panorama constitucional-vivencial contribui significativamente para uma prática médica muitas vezes caracterizada por prescrições sistemáticas e, freqüentemente, desnecessárias de BDZ.

O desenvolvimento potencial de dependência física pode ser investigado basicamente através de testes de substituição, nos quais a droga utilizada cronicamente é substituída por outra de mesma classe terapêutica com a finalidade de determinar a possibilidade de dependência cruzada impedir sintomas de abstinência. Ou ainda, através de testes de retirada nos quais as drogas são interrompidas gradualmente ou bruscamente, visando observar uma síndrome espontânea de abstinência, ou ainda uma abstinência induzida pela administração de antagonistas da substâncias que farmacologicamente resultaria numa abrupta interrupção da estimulação do receptor.

Bernik(1989), uma referência em pesquisas relacionadas aos fenômenos ligados o uso de BDZ, estudou o caso de um paciente com história de uso abusivo de diversos tipos de BDZ em altas doses, uso este contínuo durante 6 anos. (Quadro VI)

O paciente foi internado e foram realizados estudos polissonográficos, medidas psicofisiológicas antes e após administração de BDZ e placebo. Foram aplicados testes de desempenho psicomotor, de atenção de memória auditiva e visual, escalas de auto-avaliação de humor e questionário de auto-avaliação de ansiedade.

Após 7 dias de internação foi progressivamente reduzida a dose de BDZ, e realizadas avaliações diárias do estado de ansiedade e sintomas de abstinência. Os principais sintomas de ansiedade observados por este autor foram: ansiedade, cefaléia, dores musculares medo, tremores, insônia, depressão, hipersensibilidade ao som e a luz,

alterações perceptivas, e quadro paranóide. Este autor alerta para a importância do reconhecimento da síndrome de abstinência aos BDZ, uma vez que seus sintomas são, muitas vezes, erroneamente interpretados como recidiva da ansiedade.

Quadro VI: Estudo de Bernik (1989) Tolerância e dependência a BDZ

| | |
|---|---|
| Estudo polissonográfico | Curta latência de sono NREM= 87%(nl= 050-60%) ausência de estágios 3 e 4 REM= 12%(nl=50-60%) |
| Testes de memória | Diminuição na recuperação tardia após triazolam |
| Testes desempenho psicomotor, atenção e escalas de auto avaliação | Não houve diferença entre uso de placebo e BDZ |
| Após diminuição de doses | Aumento na ansiedade, sendo maior nos dias 3 e 5 Manifestações autonômicas, hipertensão, perda de peso (6Kg) |

(NREM: Sono de ondas lentas - REM: Sono de Ondas rápidas)

Um outro importante estudo, deste mesmo autor, demonstra diferentes reações quando o método de retirada é gradual ou precipitado. O seus experimentos de descontinuação controlada, demonstram que apesar de todos os pacientes apresentarem sintomas ansiosos ou de abstinência durante a retirada, estes manifestaram-se de forma branda, sendo que a maior gravidade de sintomas de abstinência foi observada ao final da primeira semana. “Em relação à abstinência precipitada, ao contrário da descontinuação controlada, a administração de um antagonista específico, flumazenil, produziu uma reação de ansiedade inequívoca, sugerindo dependência fisiológica” (Bernik1996/97).

Podemos citar ainda um estudo de retirada com características diferenciadas, ou seja a retirada gradual e substituição por fitoterápicos de efeito sedativo, a exemplo da pesquisa realizada por Poyares (1997), que utilizou a valeriana na substituição dos BDZ usados cronicamente. (Tabela D)

Esta autora estudou 19 pacientes, usuários crônicos de BDZ que foram submetidos à avaliação em laboratório de sono durante a vigência do consumo de BDZ (**Noite1**), visando avaliar os efeitos do uso crônico dos BDZ no sono, após 24h da última

dose (**Noite2**) com o objetivo de observar os efeitos no sono da retirada dos BDZ. A **Noite 3** foi registrada após 15 dias do tratamento com *Valeriana officinalis* L. Este estudo detectou uma tendência de insônia rebote na primeira noite sem BDZ. Outros achados importantes foram que todos os pacientes apresentavam queixas depressivas, sendo uma observação da autora uma associação entre depressão, uso crônico de BDZ e insônia prolongada. A *Valeriana* demonstrou uma melhora no padrão de ondas lentas em relação aos BDZ, nestes casos.

Tabela D: Estudo de Poyares (1997) Substituição de BDZ por *Valeriana*: efeitos sobre o sono

| | |
|----------------------|--|
| Latência para início | Não houve diferença entre as noites 1, 2 e 3 |
| Tempo total de sono | Noite valores reduzidos na noite 2 |
| Tempo total acordado | Aumento significativo na noite 2 |
| Eficiência do sono | Reduzida na noite 2 |
| Uso de valeriana | Melhora no sono de ondas lentas |

Abuso

O abuso de substâncias desta classe pode envolver o uso em situações perigosas, tais como ficar "alto" e depois dirigir. O indivíduo pode faltar ao trabalho ou à escola ou negligenciar deveres domésticos em consequência da intoxicação ou entrar em discussões com o cônjuge ou os pais acerca dos episódios de uso da substância. Quando esses problemas são acompanhados por evidências de tolerância, abstinência ou comportamento compulsivo relacionado ao uso de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, um diagnóstico de dependência de BDZ deve ser considerado. Por exemplo, os indivíduos podem usar doses capazes de produzir intoxicação por sedativos ou benzodiazepínicos para atenuar os efeitos da intoxicação com cocaína ou anfetaminas, ou usar altas doses de benzodiazepínicos em combinação com metadona para amplificar seus efeitos.

Em nomenclatura, podemos dizer que o termo abuso tem conotações diferentes para os profissionais psiquiatras daqueles que trabalham na área de dependência química. Para alguns psiquiatras, abuso significa qualquer tipo de uso não médico da droga, ao passo que aqueles consideram o abuso uma utilização da droga com tal extensão que interfere seriamente no desempenho funcional do paciente (Smith 1990).

Intoxicação

Pode ser decorrente de situações de abuso um quadro de intoxicação. O comprometimento da memória é uma característica proeminente da Intoxicação com BDZ, sendo mais freqüentemente caracterizada por uma amnésia anterógrada que lembra os "apagamentos alcoólicos", que pode ser bastante perturbadora para o indivíduo. Os sintomas não devem ser decorrentes de uma condição médica geral nem ser melhor explicados por outro transtorno mental. A Intoxicação pode ocorrer em indivíduos que estão recebendo essas substâncias por prescrição, estão tomando medicamentos emprestados de amigos ou parentes ou consomem a substância deliberadamente para conseguirem a intoxicação. A intoxicação deliberada para adquirir efeitos da substância tende a ser mais comum em adolescentes e indivíduos na faixa de 20 anos. Os efeitos tóxicos agudos e crônicos dessas substâncias, especialmente efeitos sobre a cognição, memória e coordenação motora, tendem a aumentar com a idade, em consequência de mudanças farmacodinâmicas e farmacocinéticas relacionadas à idade. Os indivíduos com demência estão mais propensos a desenvolver Intoxicação e prejuízo no funcionamento fisiológico em doses menores. Os critérios para intoxicação para BDZ são descritos pelo quadro VII abaixo:

Quadro VII: Critérios Diagnósticos do DSM-IV Intoxicação com BDZ

- | |
|---|
| <p>A. Uso recente de um sedativo, hipnótico ou ansiolítico.</p> <p>B. Alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., comportamento sexual ou agressivo inadequado, instabilidade do humor, prejuízo no julgamento, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional), desenvolvidas durante ou logo após o uso de um sedativo, hipnótico ou ansiolítico.</p> <p>C. Um (ou mais) dos seguintes sinais, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso de um sedativo, hipnótico ou ansiolítico:</p> <ul style="list-style-type: none">(1) fala arrastada(2) incoordenação(3) marcha instável(4) nistagmo(5) prejuízo na atenção ou memória(6) estupor ou coma <p>D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.</p> |
|---|

Sintomas de Abstinência aos BDZ

Os relatos de sintomas de abstinência após suspensão do uso de BDZ têm despertado grande interesse na imprensa em geral, tanto leiga quanto especializada. A maioria dos relatos de síndromes de abstinência compreende casos de uso prolongado de doses acima das habituais.

Quanto mais tempo a substância foi consumida e quanto maiores as doses utilizadas, maior a probabilidade de haver uma abstinência severa. Entretanto, há relatos de abstinência com apenas 15 mg de diazepam (ou seu equivalente em outros benzodiazepínicos), com uso diário por vários meses. Doses diárias de aproximadamente 40 mg de diazepam (ou seu equivalente) tendem mais a produzir sintomas de abstinência clinicamente significativos, e doses ainda maiores (por ex., 100 mg de diazepam) apresentam maior propensão a serem seguidas por convulsões ou delírium por abstinência (Bernik, 1989). O delírium por abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos caracteriza-se por perturbações na consciência e cognição, com alucinações visuais, táteis ou auditivas.

Em geral os sintomas de abstinência se iniciam entre três e dez dias após a interrupção dos BDZ nos pacientes que estão em uso drogas de ação mais longa e, de apenas 24 horas após a suspensão do BDZ naqueles em uso de drogas de curta duração. Podem surgir sinais e sintomas que variam, desde quadros leves de ansiedade, cefaléia insônia e anorexia, até quadros graves como náusea, vômitos, tremor, hipotensão, hipertermia, convulsões e psicoses agudas confusionais (Quadro VIII).

Quadro VIII: Critérios Diagnósticos do DSM-IV Abstinência de BDZ

- A.** Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
- B.** Dois (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolvendo-se dentro de algumas horas a alguns dias após o Critério A:
- (1) hiperatividade auton mica (por ex., sudorese ou frequência card cia acima de 100 bpm)
 - (2) tremor aumentado das mãos
 - (3) insônia
 - (4) náusea ou vômitos
 - (5) alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias
 - (6) agitação psicomotora
 - (7) ansiedade
 - (8) convulsões de grande mal
- C.** Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes.
- D.** Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Versiani(1986) dividiu os sintomas de abstinência didaticamente em sintoma psicológicos, somáticos e de percepção proporcionando uma visão ampliada sobre os mesmos (Quadro IX)

Quadro IX: Sintomas de abstinência a BDZ

| |
|---|
| Sintomas psicológicos na abstinência à BDZ ansiedade e tensão agitação irritabilidade falta de força falta de memória e concentração depressão despersonalização |
| Sintomas somáticos na abstinência à BDZ distúrbios do sono falta de apetite cefaléias mialgias náuseas tremores sudorese |
| Sintomas de percepção na abstinência à BDZ hiperosmia parestesia fotofobia incoordenação hiperacusia hipersensibilidade táctil e dolorosa reações paranóides alucinações visuais |

Versiani, 1986

5. ASPECTOS LEGAIS DA PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS

- No Brasil
- Em Campinas

Normas legais institucionais sobre a prescrição de BDZ vigentes no Brasil

A legislação sanitária brasileira sobre prescrição e aviamento de receitas de psicotrópicos foi revisada em maio de 1984. As maiores restrições impostas por essa normatização, a partir de então, resultaram na redução do consumo de BDZ e em concomitante aumento nas vendas de medicamentos antidistônicos, ainda permitidos nessa época e isentos dos controles legais (Tancredi 1986).

Em março e maio de 1984, a Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos do Ministério da Saúde (DIMED) publicou uma seqüência de portarias que alteraram profundamente a disposição sobre o comércio e prescrição de substâncias e medicamentos psicotrópicos. Com relação à prescrição e aviamento das receitas desses medicamentos podemos observar as substanciais alterações dessas portarias:

- 1 - Quando se prescreve um medicamento incluso nas novas listas o médico deve preencher uma Notificação de Receita, além da receita médica habitual. A receita médica serve de orientação do paciente e a notificação de receita é o documento que habilita a aquisição do medicamento na farmácia.
- 2 - Nos anexos das portarias são apresentadas as lista de substâncias e medicamentos entorpecentes e psicotrópicos para os quais passa a ser exigida a Notificação de Receita.
- 3 - As listas de psicotrópicos incluem todos os derivados BDZ e os barbitúricos hipnóticos; contudo, excluiu das listagens até então vigentes, os neurolépticos, os antidepressivos e o fenobarbital.

Estas modificações provocaram grande polêmica no meio médico. Associações de classes manifestaram-se contrárias à exclusão dos neurolépticos, dos antidepressivos, do fenobarbital e dos antiparkinsonianos das listas de medicamentos controladas, argumentando que isto poderia levar ao seu uso indiscriminado. (Tancredi, 1986)

“Diante da polêmica que aquelas portarias geraram, os ex-dirigentes da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e da DIMED apresentaram, em 1985, um relatório onde defendiam as medidas tomadas. Este relatório merece destaque especial por demonstrar a inadequação dos argumentos empregados para justificar a liberalização adotada.

Ao longo de todo este relatório percebe-se a insistência dos autores em relação ao uso abusivo dos psicotrópicos. Conforme disse bem Tancredi (1986), ‘Ora, o problema que se coloca não é, primariamente, o do uso abusivo e sim do uso indiscriminado’..

Aproximadamente 8-10% da população brasileira utiliza BDZ a cada ano. Embora as taxas de prescrição tenham diminuído em cerca de 20% entre 1971 e 1989, esta redução tem se dado, principalmente, às custas de medicamentos ansiolíticos, enquanto as prescrições de hipnóticos têm se mantido constantes (Tancredi, 1986)

A dependência e as síndromes de abstinência são, reconhecidamente, complicações do uso de BDZ. Estas podem prejudicar a performance psicomotora e representar um risco para os idosos. O uso prolongado de BDZ é, portanto, largamente desencorajado pelos órgãos que estudam detalhadamente esses medicamentos: Committee on Safety of Medicine; Department of Health; British Medical Association (Hawley, 1994).

As preocupações sobre essa questão se refletem na normatização das prescrições propostas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em 1992, conforme transcrevemos abaixo:

Quadro X: Normatização para prescrições de BDZ. (OPAS, 1992)

Benzodiazepinas: Normatização das informações para prescrições médicas

O comitê de Ministros do Conselho da Europa aprovou uma resolução que obriga médicos a cumprir os seguintes itens ao receitar BDZ:

Em caso de insônia persistente é preciso fazer uma investigação consciente antes de receitar de imediato um hipnótico. Nem todo o estado de ansiedade ou de insônia exige a prescrição de tranquilizantes ou, em especial, de benzodiazepinas. Antes de receitar qualquer medicamento recomenda-se que o médico comente com o paciente os riscos e benefícios (e qualquer efeito indesejável) do tratamento.

Os BDZ devem ser prescritos somente quando servirem para atender uma necessidade precisa e durante um tempo definido de tratamento, preferencialmente o menor possível. Serão empregados como sedativos ou hipnóticos somente quando a afecção subjacente for grave, cause incapacidade ou esteja relacionada com mal estar insuportável. O uso de BDZ para tratar casos leves de ansiedade e de origem recente é inapropriado e inconveniente. Se for possível, o tratamento deve ser intermitente.

Em nenhuma situação clínica o tratamento deve exceder mais de quatro semanas e é preciso reavaliar com regularidade a resposta do paciente. Deve-se reduzir a dose da primeira semana ou aumentar paulatinamente o intervalo entre as doses. O tratamento com doses elevadas deve ser reservado para os casos graves de ansiedade.

O tratamento prolongado com doses elevadas pode causar dependência física. A dose deve ser reduzida gradualmente, para evitar sintomas de abstinência como agitação, ansiedade, insônia, transtornos da percepção, confusão, delírios, crises, convulsões e estados espasmódicos. Mesmo quando leves, estes sintomas podem levar o paciente a reiniciar o tratamento.

As benzodiazepinas podem causar sonolência e alteração dos reflexos (o que pode comprometer a capacidade para dirigir veículos e usar máquinas), reações paradoxicas, secura da boca, gosto metálico e dores de cabeça. Têm sido observados outros efeitos indesejáveis com determinadas benzodiazepinas. Entre eles cabe citar alterações da personalidade, depressão, amnésia anterógrada, delírio de perseguição, agressividade e conduta hostil. Administrando-se produtos de ação prolongada pode ser produzida a acumulação do fármaco, especialmente em pessoas idosas e em pacientes com deterioração da função hepática. Existe o perigo de tolerância e farmacodependência cruzadas entre as benzodiazepinas, álcool e outros medicamentos psicotrópicos.

O uso isolado de benzodiazepinas para o tratamento da depressão ou ansiedade causada pela depressão tem resultado em tentativas de suicídio imprevistas. As benzodiazepinas são contra indicadas em casos de miastenia grave e glaucoma de ângulo estreito. Recomenda-se ter o máximo de cuidado ao receitar benzodiazepinas para crianças. A dose deve ser adaptada segundo a idade e o grau de tolerância, o qual varia entre as diversas benzodiazepinas. Não se devem usar benzodiazepinas nos três primeiros meses de gravidez. Nos estados mais avançados da gravidez podem ser prescritas em casos de extrema necessidade e pelo período mais curto possível. Deve ser evitada a prescrição de doses elevadas, especialmente nas semanas anteriores ao parto, porque podem causar hipotonia, dificuldades respiratórias, problemas de alimentação e alteração dos reflexos do recém-nascido.

Os pacientes devem receber instruções precisas sobre a necessidade de limitar o tratamento, a possibilidade de recidivas, o risco de dependência, os sintomas de sonolência e o perigo de consumir álcool ou qualquer medicamento sedativo ao mesmo tempo. É preciso adverti-los, além disso, que não tomem doses superiores à prescrita, mesmo em caso de piora do problema existente e que nunca dêem ou "receitem" benzodiazepinas a outras pessoas.

*OPAS (Comissão de estudos farmacológicos)

É particularmente relevante, neste capítulo, comentar os procedimentos legais para a prescrição de psicofármacos na Secretaria Municipal de Saúde em Campinas.

Legislação para Benzodiazepínicos em Campinas

Em Campinas, as diretrizes para dispensação desses medicamentos psicotrópicos são regulamentadas pelo Programa de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal De Saúde. Este programa, resumidamente, tem a finalidade de organizar toda a distribuição e dispensação de itens para farmácias das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Campinas. Em relação aos itens de psicotrópicos devemos assinalar que toda a distribuição de medicamentos "controlados", ou seja dos psicotrópicos, deverá obedecer as instruções constantes nas portarias 27 e 28/86 – DIMED.

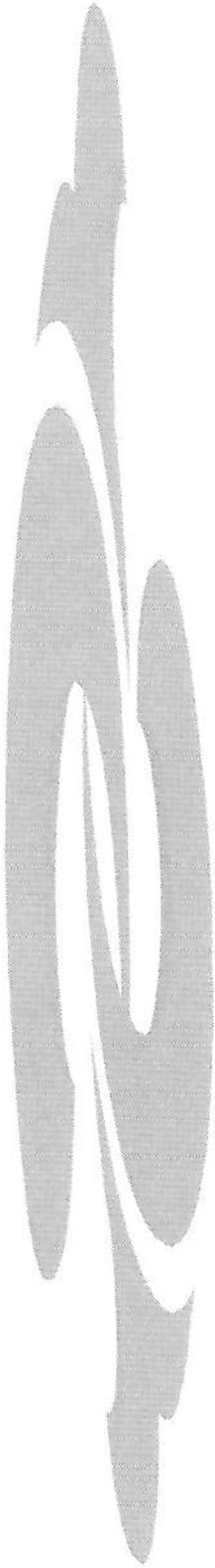
A apresentação de normas de prescrição, Portaria 28-B, é relevante para discussão dos resultados encontrados na pesquisa documental. Essa portaria se refere aos BDZ, anorexígenos, barbitúricos, indutores do sono, sedativos hipnóticos e outros produtos. Todos produtos que contenham sais constantes nessa Portaria 28-B são medicamentos que devem vir acondicionados em embalagens com faixa preta.

Quadro XI: Portaria 28-B - Prescrição

1. Deverá ser feita pelo nome genérico;
2. A receita deverá ser feita em duas vias, acompanhadas de uma notificação de receita azul;
3. A quantidade prescrita fica limitada a 5 ampolas ou 3 unidades comerciais (ou equivalentes em comprimidos);
4. Deverá obedecer a regra geral de prescrição para no máximo 45 dias de tratamento;
5. A notificação de receita tem validade de 30 dias e dentro do próprio estado.

Quadro XII: Portaria 28-B - Dispensação

- 1.** Conferir se atende aos itens citados à prescrição (acima citados)
- 2.** Verificar se há o medicamento na unidade proceder dispensação
- 3.** Reter a notificação azul e a via carbonada
- 4.** A notificação azul deverá ser arquivada por dois anos na unidade, em ordem cronológica de atendimento, depois de devidamente registrada;
- 5.** Devolver a via original da receitas juntamente com a medicação aviada;
- 6.** Os livros de registro, após serem encerrados pelo farmacêutico da VISA (Vigilância Sanitária), deverão ser guardados na unidade por dois anos findos os quais poderão ser inutilizados.



CAMPO DE ESTUDO

Município de Campinas

Atualmente Campinas tem uma área de 801 km², com 968.172 habitantes (IBGE/Censo preliminar de 2000). O Município possui quatro distritos Joaquim Egidio, Sousas, Barão Geraldo e Nova Aparecida; 98,34% da população vive em áreas urbanas. É hoje o centro da mais rica e dinâmica região administrativa e concentra 2,61% da população residente no Estado de São Paulo, calculado em 36.969.467 habitantes. Pólo de uma região metropolitana formada por 19 cidades, abrigando 6,31% da população do Estado com 2,33 milhões de habitantes.

A região Noroeste do Município de Campinas

Consideramos importante ampliar a visão sobre este nosso campo de trabalho ou seja, a região Noroeste do município, com seu histórico, realidade social, particularidades e sua inserção no Sistema de Saúde neste município.

Segundo dados da Secretaria de Planejamento e Meio Ambiente (SEPLAMA), em 1993 na antiga região Oeste, habitava 11,6% da população favelada, essa porcentagem correspondia a 42% de população favelada do município de Campinas. Na região Oeste também encontra-se o maior contingente de população não servida de esgoto (37%) e não servida de água (44%). Este é o cenário social desta região que se reflete em indicadores de saúde como a maior porcentagem do município de mortes por doenças infecto-contagiosas e decorrentes de acidentes e violências.

Fica evidente que a região Oeste concentra grande parcela da população carente e desempregada do município, portanto, uma população “SUS dependente”; termo este usado para destacar a população que conta exclusivamente com os recursos de saúde pública do Sistema Único de Saúde (SUS).

Faziam parte da antiga região Oeste dezoito unidades de saúde, distribuídas ao longo de duas avenidas de Campinas, a Av. Amoreiras e Av. John Boyd Dunlop, ligadas à duas coordenadorias de saúde Oeste Amoreiras e Oeste Dunlop, respectivamente.

A partir de janeiro de 1997, com o advento da nova administração política do município, a região Oeste é dividida em regiões Sudoeste e Noroeste, pois, devido ao grande crescimento populacional e à alta complexidade gerencial, tornou-se inviável a centralização administrativa dos recursos de saúde.

A recém criada região “Noroeste” ficou bem definida e, no âmbito da saúde, ligada a uma Coordenadoria Regional, denominada Distrito de Saúde Noroeste, responsável pela administração de 8 unidades de saúde. (Quadro XIII)

Quadro XIII: UBS do Distrito de Saúde Noroeste

| Distrito De Saúde Noroeste De Campinas | |
|---|---|
| 1. | C.S. VILA PERSEU LEITE DE BARROS |
| 2. | C.S. INTEGRAÇÃO*** |
| 3. | C.S. PEDRO DE AQUINO (Balão Do Laranja) |
| 4. | C.S. JARDIM IPAUSSURAMA |
| 5. | C.S. JARDIM FLORENCE*** |
| 6. | C.S. PARQUE VALENÇA*** |
| 7. | C.S. PARQUE FLORESTA |
| 8. | C.A.P.S. INTEGRAÇÃO*** |
| *** Representam unidades de referência na região para atendimento em saúde mental | |

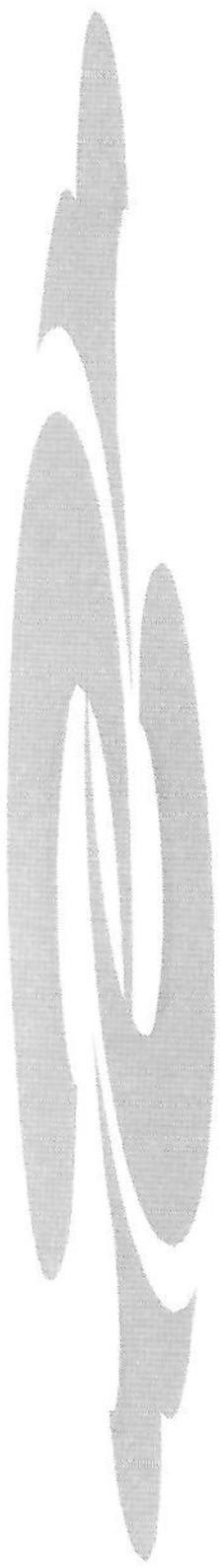
Estas unidades são referência para toda a população da região, em torno de 152428 habitantes (Quadro XIV), tendo uma capacidade para atendimento das demandas de assistência primária à saúde e exames clínico-laboratoriais. Estas UBS contam com equipes multidisciplinares, enfermeiros, auxiliares de saúde, médicos clínicos gerais, bem como alguns especialistas, a saber: ginecologistas e pediatras em todas as UBS e psiquiatras nas UBS com equipe de referência em saúde mental. Devido à distância do centro da cidade, e proximidade com áreas de risco, existe uma grande dificuldade de fixação de profissionais médicos. É uma característica marcante da região, a alta rotatividade destes profissionais nas UBS.

Os atendimentos de saúde mental na região se caracterizam pela grande demanda e longas filas de espera, particularmente para atividades como psicoterapia e terapia ocupacional. Apesar das atividades de discussão de casos entre as equipes e equipamentos de referência (CAPS Integração) esta problemática é uma constante nos serviços de saúde mental.

Quadro XIV: População da Região Noroeste por Centro de Saúde

| U.B.S. | Homens | Mulheres | Total |
|-------------|--------|----------|--------|
| Perseu | 11067 | 11153 | 22220 |
| Integração | 18279 | 20122 | 38402 |
| Ipaussurama | 3525 | 3378 | 6903 |
| Balão | 13204 | 13377 | 26580 |
| Floresta | 5157 | 5246 | 10403 |
| Valença | 12783 | 12350 | 25133 |
| Florence | 11574 | 11223 | 22797 |
| Total | 75589 | 76849 | 152438 |

«Elaborado pela Coordenadoria Regional de Saúde da região Noroeste – Fonte: PMC/SEPLAMA/DID-BASEADO NO CENSO DE 1991/IBGE (Aplicado fator de correção de crescimento populacional de 5,4% ao ano)»



OBJETIVOS E MÉTODOS

OBJETIVOS

Objetivo geral

O presente trabalho tem como objetivo geral quantificar o consumo e estudar o padrão de uso crônico de benzodiazepínicos (BDZ) distribuídos nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde relacionadas administrativamente à Coordenadoria de Saúde da região Noroeste do município de Campinas (SP).

Objetivos específicos

Fase I – (Pesquisa documental)

- a. Quantificar a dispensação de Diazepam em cada uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no intervalo de tempo de março de 1996 à fevereiro de 1998;
- b. Identificar o volume de prescrições desses psicotrópicos geradas por psiquiatras e médicos de outras especialidades.
- c. Estimar a dose média diária consumida a partir do número de comprimidos prescritos mensalmente para cada paciente.

Fase II – (Estudo de campo)

- a. Avaliar os usuários crônicos de diazepam em relação ao perfil sociodemográfico e sintomatológico.
- b. Verificar o padrão de uso crônico de Diazepam nos pacientes entrevistados.

MÉTODOS

Delineamento da pesquisa:

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas fases :

1. Pesquisa documental

2. Pesquisa de Campo

Primeira Fase: Pesquisa Documental (março de 1996 a fevereiro de 1997)

A- Material

O material utilizado como fonte de dados foi:

- Livros de psicotrópicos (portaria 28)
- Receitas de notificação B
- Prontuários

B- Sujeitos

Nesta primeira fase foram considerados como sujeitos de nosso estudo todos os pacientes maiores de 15 anos relacionados nos livros de controle de psicotrópicos de cada unidade (*Portaria 28*), os quais receberam BDZ no período compreendido entre março de 1996 a fevereiro de 1997.

C- Coleta de dados e procedimentos.

À partir dos livros de controle de psicotrópicos pudemos obter a relação de pacientes para os quais foram dispensados comprimidos de Diazepam, bem como as quantidades dispensadas para cada usuário mês a mês.

Através das receitas nos foi possível identificar o médico prescritor, facilitando desta maneira, a definição da especialidade do médico. Nestas, obtivemos a quantidade prescrita em comprimidos, confirmando os dados obtidos à partir do livro de psicotrópicos.

Em relação ao paciente, dados como nome completo e endereço nos facilitaram de algum modo a localização no momento da busca para a pesquisa de campo.

Em cada uma das unidades foram levantados inicialmente registros de março de 96 a fevereiro de 97. A delimitação deste período decorreu da intenção inicial em estabelecer o prazo de um ano para nossas observações preliminares.

As cinco unidades estudadas iniciaram os registros dos dados no livro de controle da Portaria 28 a partir de março de 1996. Os registros avaliados constavam do livro de psicotrópicos e receitas de notificação B (receituário azul) de todas as dispensações de Diazepam 10 mg realizadas neste período.

O livro de psicotrópicos de cada uma das unidades foi analisado, considerando inicialmente os registros de dispensação de diazepam no período compreendido entre março de 96 a fevereiro de 97 (período este denominado como **tempo 1**).

Foram também analisadas todas as receitas de notificação B (receituário azul) exigidas pelas farmácias das unidades para aviamento dos psicotrópicos neste período.

Destacamos, desta maneira, os pacientes que fizeram uso de diazepam por um período mínimo de cinco meses nesse nosso **tempo 1 (T1)**.

Os dados foram digitados em forma de planilhas. Em seguida, foi elaborada uma planilha para cada centro de saúde, relacionando as seguintes informações: nome do paciente, número da ficha familiar de cada paciente na unidade, sexo, idade, médico prescritor e número de comprimidos dispensados mês-a-mês no período de mar/1996 à fev/1997 (Anexo II).

Por razões metodológicas e para manter a fidelidade à proposta original, concentramos nossa atenção predominantemente no paciente que recebeu este psicotrópico BDZ por período maior ou igual há cinco meses. Este prazo foi estabelecido baseado em critérios apontados pelo Ministério da Saúde, critérios estes referentes a risco de dependência em 5 a 10% para tratamentos com duração entre 5 a 12 meses (Sarraceno, 1994).

D- Análise dos dados da Primeira Fase

Os dados foram computados em planilhas eletrônicas e, através delas, pudemos determinar o consumo total anual de cada paciente, consumo médio mensal por paciente, tempo médio de uso, dose média diária, favorecendo uma análise quantitativa dos dados obtidos.

Segunda Fase: Pesquisa De Campo (março/97-fevereiro/98 – março 99)

Campo de Estudo

Das oito unidades de saúde totalizamos um número de cinco UBS da região estudadas: C.S. Integração, C.S. Pedro De Aquino, C.S. Perseu Leite De Barros, C.S. Florence, e C.S. Valença.

O critério de escolha, para coleta dos dados, foi o fato de se tratarem de unidades nas quais já havia sido implantado o sistema de registro de dispensação de psicotrópicos, através do livro de controle (Portaria 28), conforme modelo proposto pela assistência farmacêutica do município e já referido anteriormente¹. Este cuidado na escolha nos permitiu uma homogeneidade em relação à fonte de coleta dos dados pois, à princípio, o livro de registro de dispensação de psicotrópicos nos pareceu uma fonte fidedigna de informações.

Das unidades estudadas, apenas duas apenas contavam, na época do início deste nosso estudo, com equipes de referência para atendimento em Saúde Mental na região, o C.S. Integração e o C.S. Valença.

Sujeitos

Nesta segunda fase entrevistamos pacientes que fizeram uso crônico do diazepam (tempo mínimo de uso 3 anos).

¹ vide Legislação para BDZ em Campinas

Critério de definição para uso crônico em nosso estudo

Com a intenção de estabelecer um critério de segurança em relação ao conceito de uso crônico, idealizamos um filtro cronológico de tempo de uso. Para tal, convencionamos um segundo tempo de investigação, que pudesse nos fornecer a garantia do uso contínuo. Desta forma, novos dados foram coletados, num **tempo 2 (T2)**, referente ao período compreendido entre março de 97 a fevereiro de 98.

Realizamos o mesmo procedimento de **T1** ou seja, destacamos aqueles pacientes que fizeram uso por tempo mínimo de cinco meses neste período **T2** e tabulamos os dados.

Para tal, convencionamos que seriam objeto de nossa investigação mais acurada, aqueles pacientes que receberam prescrição em **T1** e **T2**, e ainda continuassem a utilizar o diazepam em março de 1999 (**T3**), somando desta maneira, um intervalo mínimo de 36 meses de consumo contínuo do fármaco.

Consideramos, que os sujeitos do nosso estudo utilizaram a medicação durante o período investigado, uma vez que dirigiram-se às UBS para buscar seus medicamentos regularmente durante todo o período.

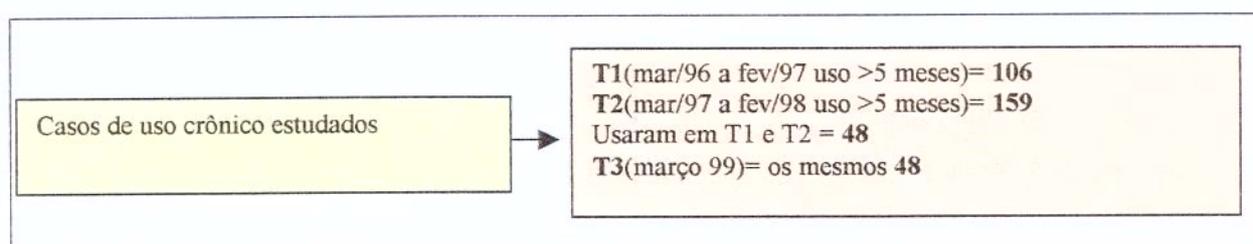


Diagrama 1: Casos de uso crônico de diazepam

Dos 48 pacientes que faziam uso de diazepam nos períodos anteriores (T1 e T2), todos permaneciam utilizando a medicação em março de 1999. Estes foram então considerados elegíveis para o estudo.

Material

Nesta fase utilizamos os instrumentos de pesquisa descritos abaixo:

1. QUESTIONÁRIO DE ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS
2. ESCALA ABA-ABIPEME
3. ESCALA HAD
4. SCAN
5. QUESTIONÁRIO DE PADRÃO DE USO DE DIAZEPAM

1. Questionário sociodemográfico:

Para avaliação dos aspectos sócio-demográficos foi utilizado um questionário construído para este fim (Anexo III).

2. Escala ABA/ABIPEME:

Um instrumento que serve para avaliar o estrato sócio-econômico, sendo composto por "ítems de posse" (posse de carro, TV a cores, banheiro, rádio, máquina de lavar, geladeira, entre outros.) e itens que investigam o nível de escolaridade do chefe da família, seguindo critérios de classificação da Associação Brasileira dos Estudos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), versão de junho de 1991 (Almeida & Wickerhauser,1991).

O critério ABIPEME adota cinco estratos sociais, de A até E, definidos a partir do número de pontos obtidos em uma escala composta por dez itens, aos quais são atribuídos pesos (anexo IV). Este instrumento tem sido considerado útil para produzir uma

classificação sócio-econômica mais próxima da realidade brasileira, de acordo com a distribuição de renda do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (I.B.G.E.), (Almeida & Wicherhauser, 1991).

3. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)

A escala HAD, desenvolvida por Zigmond e Snaith(1983), foi validada no Brasil por Botega e cols.(1995), em um estudo realizado em uma enfermaria geral de adultos.

A escala HAD contém 14 questões do tipo múltipla escolha e compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão com sete itens cada (Anexo V). A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21. A vantagem desta escala consiste no fato de sintomas neurovegetativos, os quais podem ocorrer tanto em doenças físicas quanto nos quadros depressivos ou de ansiedade, serem evitados. Outras vantagens consistem na separação entre os conceitos de depressão e ansiedade e sua aplicação em pequeno intervalo de tempo (em torno de 4 minutos).

Foram considerados prováveis casos significativos de ansiedade e depressão aqueles que atingiram uma pontuação maior que oito nas respectivas sub-escalas da HAD, segundo estudo de validação nacional (Botega e col, 1995).

4. SCAN Versão 2.0

O Sistema SCAN (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) consiste em uma seqüência de instrumentos que tem por objetivo identificar, medir e classificar a psicopatologia e o comportamento associado aos distúrbios psiquiátricos do adulto (Anexo VI).

O SCAN é composto por 3 elementos:

1. A décima revisão do Present State Examination(PSE 10);
2. O Item Group Checklist (IGC);
3. A Clinical History Schedule (CHS).

Tomemos como exemplo o PSE, que é composto por duas partes, uma que investiga os transtornos psicóticos e cognitivos e observa anomalias da fala, afeto e comportamento e, por uma outra, que investiga os transtornos somatoformes, dissociativos, de ansiedade, depressivos e bipolares além de problemas associados ao apetite, álcool e abuso de substâncias.

As seções 1 a 25 do SCAN (PSE 10) dizem respeito a sinais e sintomas de desordens nos subcapítulos F0- F5 do **CID-10** e seus equivalentes no **DSM-IV**.

O destaque de nossa investigação foi dado às seguintes seções do SCAN:

- Seção 1 – dados socio-demográficos
- Seção 2 - sintomas somatoformes e dissociativos
- Seção 3 - sintomas como preocupação tensão
- Seção 4 - sintomas de pânico ansiedade e fobias
- Seção 5 - sintomas obsessivos
- Seção 6 - sintomas depressivos,
- Seção 7 - sintomas ligados a alterações cognitivas, interesses, energia
- Seção 8 -funções corporais (em nosso caso esta seção foi de grande valia pra investigação de distúrbios de sono),
- Seção 9 - distúrbios alimentares,
- Seção 10 - transtornos relacionados á ideação e humor expansivo
- Seção 11 - problemas com uso de álcool
- Seção 12 – uso de substâncias psicoativas que não o álcool

O sistema SCAN contém dois elementos essenciais: o glossário de definições e CATEGO(uma série de programas de computador para processar os dados do SCAN).

O SCAN representa o último estágio de uma série de pesquisas que foram iniciadas nos anos 50. Foi utilizado em sua versão inicial num estudo realizado por Brugh et al.(1988) sendo considerado adequado.

O propósito do sistema SCAN é prover maneiras compreensíveis, fidedignas e tecnicamente específicas, de descrever e classificar o fenômeno psiquiátrico, permitindo comparações. Em sua apresentação completa o texto do SCAN é dirigido unicamente à profissionais com adequado conhecimento de psicopatologia e que foram submetidos a um curso num centro de treinamento designado pela World Health Organization (WHO). Cabe aqui salientar que para a realização desta pesquisa esta autora participou do treinamento obrigatório para a aplicação do SCAN, realizado no ano de 1997, objetivando impedir qualquer dificuldade na aplicação do instrumento e também de minimizar a possibilidade de erros de interpretação dos dados.

O manual do SCAN versão 2.0 foi publicado por Wing et al. em 1995.

O glossário no SCAN, em relação às queixas somatoformes, orienta que estas comumente apareceriam antes da idade de 30 anos. As queixas mais tardias, em geral, apresentariam uma explicação física/médica. A recomendação do SCAN seria a exclusão de doença física que possa dar alguma explicação ao sintoma apresentado. No caso da doença física presente, a pontuação seria desconsiderada e o ponto de corte aplicado.

Em nossa pesquisa optamos por desconsiderar o ponto de corte e aplicar todas as questões da seção 2 que investigavam sintomas físicos(2.010 a 2.042) de modo que pudéssemos evidenciar as queixas clínicas mais frequentes conforme apresentaremos adiante em nossos resultados (tabela18).

5. Questionário de padrão de uso de diazepam

Entrevista semi-estruturada enfatizando variáveis dentro de três domínios: padrão de uso, ajuizamento do paciente sobre prescrição e conduta do médico prescritor, hábitos e dificuldades em relação ao consumo crônico (Anexo VII).

Procedimentos

Identificados os usuários crônicos, nossa tarefa foi então fazer a busca para localização dos mesmos, enviando cartas de convocação solicitando o comparecimento às unidades básicas de saúde mais próximas de sua residência.

Foram realizadas três convocações por carta, e para aqueles que não atenderam a convocação realizamos visitas domiciliares, com a finalidade de incentivar a participação no projeto.

Tomamos o cuidado de prestar orientações a respeito da intenção do projeto a cada paciente que atendeu à convocação ou foi visitado, mencionando a liberdade de adesão ao mesmo e, uma vez assinada a carta de consentimento, iniciamos o processo de entrevistas e aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Análise dos dados

Métodos de análise estatística:

Foram processadas *tabelas de freqüência* das variáveis categóricas e *estatísticas descritivas* (com medidas de posição e dispersão) das variáveis contínuas.

Para analisar a relação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste *Qui-Quadrado* ou, quando necessário (valores esperados menores que 5), o teste *exato de Fisher*.

Para analisar a relação entre uma variável categórica com 2 categorias e uma variável contínua utilizou-se o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney*, que compara os postos das observações. Para variáveis com 3 ou mais categorias, utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*.

O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

O coeficiente de concordância Kappa foi utilizado quando necessário medir a concordância entre 2 variáveis relacionadas. Valores de Kappa maiores que 0,75 indicam forte concordância, entre 0,40 e 0,75 indicam concordância média e menores que 0,40, concordância fraca.

Princípios éticos da pesquisa

Para realização desta pesquisa tomamos o cuidado de obter a aprovação do Coordenador Regional da Secretaria Municipal de Saúde, e dos coordenadores de cada UBS para a realização da coleta de dados.

Consideramos necessária a elucidação dos princípios éticos básicos que nortearam o nosso trabalho:

- O código de Nuremberg de 1947, que instituiu a obrigatoriedade do consentimento informado de todo indivíduo que se submete à experiências biomédicas.
- A declaração de Helsinque, revista em Tóquio em 1975, que nos trouxe avanços significativos entre os quais o fato de na contabilização dos riscos, os interesses do indivíduo prevalecerem sobre os interesses da ciência, e até mesmo da sociedade.
- A declaração de Manila, de 1981, elaborada pela OMS e pelo conselho das organizações internacionais das Ciências médicas, estabeleceu que não é possível separar apreciação científica de apreciação ética: uma experiência com seres humanos que não tenha valor científico é *ipso facto* contrária à ética.(Marques,1996)

Nossa preocupação em atender a estes princípios, levou-nos a elaborar uma carta de orientação e consentimento que foi assinada por todos os pacientes que foram entrevistados(Anexo I). Deixamos claro em nossa proposta de entrevista que caso o paciente se recusasse a participar do projeto em nenhum prejuízo haveria ao seu atendimento na unidade.

Um dilema ético que nos acompanhou, desde o início da coleta de dados, foi o fato de estarmos investigando um grupo de risco para dependência. Este grupo poderia, tornar-se alvo de alguma intervenção. Desta forma, com a intenção de resolver nosso dilema e possibilitando ações preventivas por parte dos profissionais que cuidam destes pacientes, optamos por apresentar os dados clínicos obtidos, aos coordenadores das unidades de saúde estudadas, em reunião específica para este fim.

Estes dados foram elaborados em um relatório personalizado por paciente, de modo que pudesse ser anexado ao prontuário individual. Estes relatórios foram entregues imediatamente após a coleta, de forma que todos os médicos responsáveis pelo tratamento pudessem ter acesso rápido à informações individualizadas (detalhamento dos dados obtidos pelo rastreamento sintomatológico através do SCAN), permitindo ao médico um olhar ampliado sobre as questões diagnósticas e terapêuticas de seus pacientes.

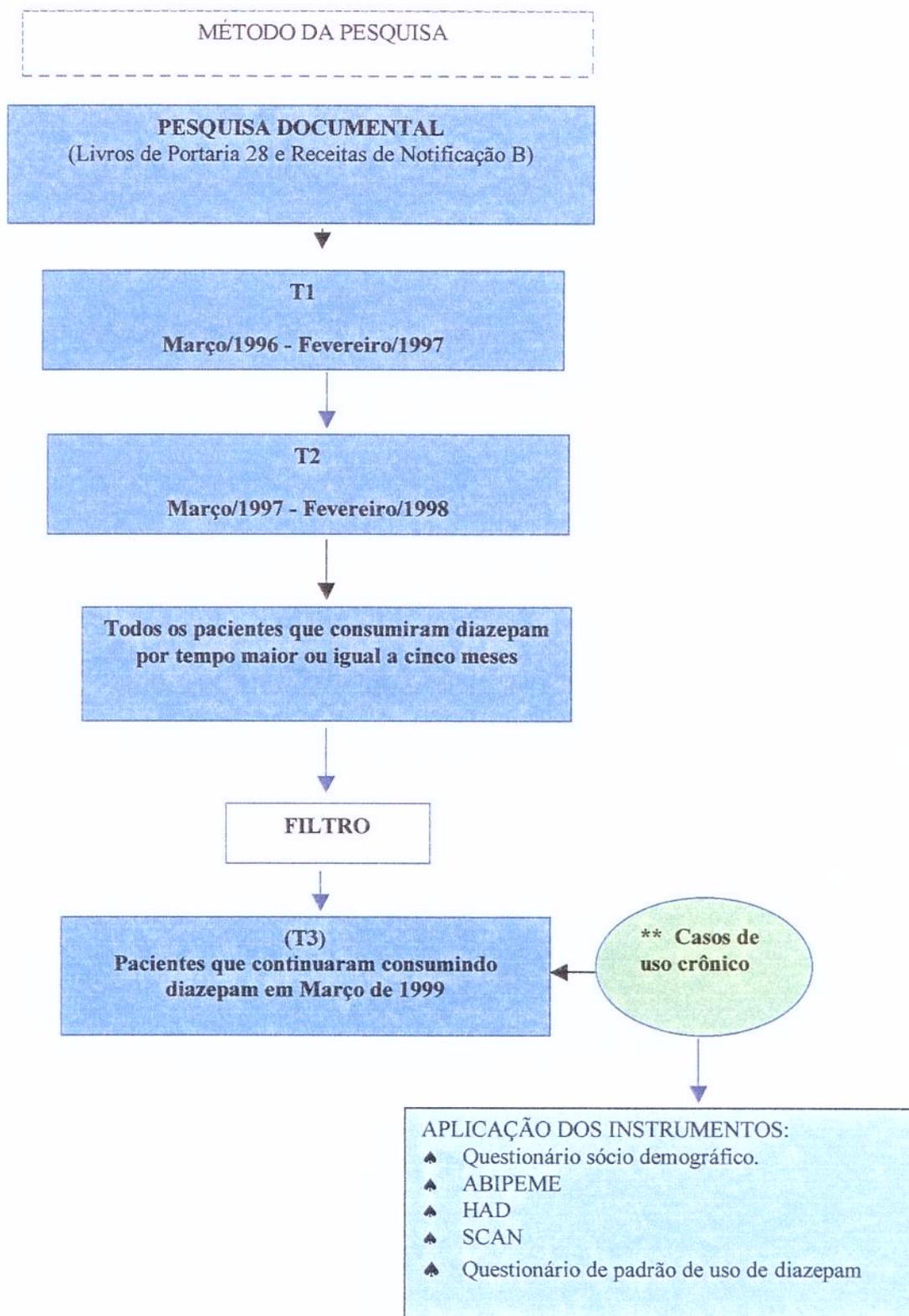
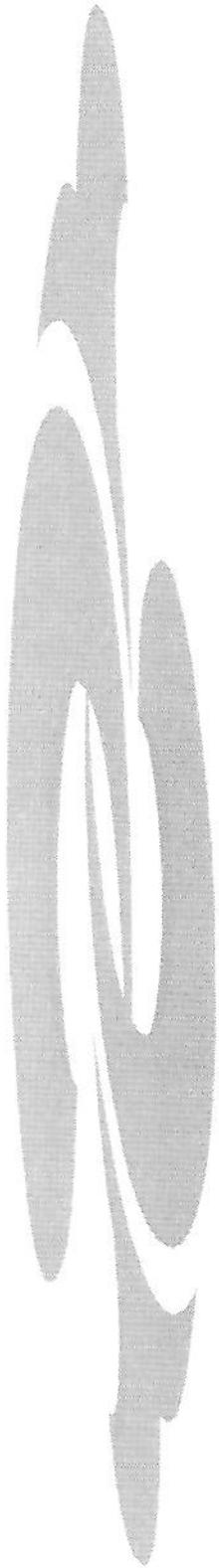


Diagrama 2: Método da pesquisa



RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa para clareza didática serão apresentados sob os seguintes títulos e subtítulos:

1. Pesquisa documental

Resultados distribuídos por UBS

Comprimidos prescritos em relação ao médico prescritor

2. Pesquisa de Campo

2.1- Aspectos sociodemográficos

2.2- Padrão de uso

Queixas relacionadas à abstinência

Relatos dos pacientes sobre atitudes do prescritor

Especialidade do médico que prescreveu diazepam pela primeira vez

Razões para iniciar e continuar a prescrição do diazepam

2.3- Atitudes do paciente

Estratégias referidas pelos pacientes para tentar interromper o uso

Reações do paciente quando fica sem o remédio

2.4- Perfil de sintomas e diagnósticos

Escala HAD

SCAN

1. Pesquisa Documental

Processamos os resultados obtidos, primeiramente particularizando cada uma das unidades de saúde pesquisadas. Consideramos como “*uso geral*” aqueles pacientes que receberam prescrição de diazepam alguma vez no período T1, e “*uso 5 meses*” aqueles que utilizaram diazepam em T1 por tempo maior que 5 meses.

Tabela 1: Resultados do estudo documental distribuídos por UBS

| | CS Integração | CS Perseu | CS Florence | CS Valença | CS Pedro de Aquino |
|-------------------------|---------------|-----------|-------------|------------|--------------------|
| Uso geral | 442 | 349 | 324 | 188 | 155 |
| Masculino | 140 | 70 | 91 | 58 | 41 |
| Feminino | 302 | 279 | 233 | 130 | 114 |
| DMD masculino | 11,73mg/d | 8,72 | 9,4 | 9,8 | 14,64 |
| DMD feminino | 26,52mg/d | 7,91 | 8,5 | 9,12 | 12,93 |
| Uso > 5 meses | 44 | 16 | 13 | 20 | 13 |
| Masculino | 14 | 3 | 2 | 2 | 3 |
| Feminino | 31 | 13 | 11 | 18 | 10 |
| DMD masculino | 11,97mg/d | 11,42 | 10,8 | 14,38 | 13 |
| DMD feminino | 35,92mg/d | 8,94 | 10,8 | 12,9 | 10,97 |
| Dose máxima | 26,7 | 13 | 24,3 | 34 | 23,3 |
| Dose mínima | 5,4 | 5,2 | 5 | 8,7 | 7 |
| Desvio padrão | 4,6 | 2,3 | 5,5 | 5,9 | 4,3 |

Optamos, a seguir, por uma apresentação dos dados consolidados para a região toda, a fim de facilitarmos uma visão global do uso de diazepam.

As prescrições de BDZ, à partir da rede básica na região, somaram 91.805 comprimidos, dispensados no período de março de 1996 à fevereiro de 1997 (tabela 2).

Tabela 2: Número de comprimidos dispensados em relação ao médico prescritor

| N=1458 pacientes | (número de cp de 10 mg) | % |
|------------------------|-------------------------|------|
| Psiquiatras | 33.433 | 36,4 |
| Outras especialidades | 47.531 | 51,8 |
| Registros prejudicados | 10.841 | 11,8 |
| Total | 91.805 | 100 |

A população maior de quinze anos desta região consiste em 86.706 indivíduos, sendo que 1.458 (1,7%) usuários, 400 do sexo masculino (27,4%) e 1058 do sexo feminino (72,5%) receberam dispensação de Diazepam pelas farmácias da rede básica de saúde nas unidades da região.

No primeiro período do estudo (T1, compreendido entre março de 1996 à fevereiro de 1997), dos 1458 pacientes que receberam diazepam, 106 (7,3%) pacientes receberam-no por período de pelo menos cinco meses. Destes pacientes 24 eram do sexo masculino (22,6%) e 82 do sexo feminino (77,3%). Estudando-se estes 106 pacientes quanto à dose consumida obtivemos que a dose média diária de diazepam foi de 12,3 mg/d (DP= 4,8) para homens e de 10,9 mg/d para mulheres (DP = 4,8). Não houve diferença significativa da dose de diazepam entre os sexos.

No segundo período (T2, março/97 à fevereiro/98), obtivemos um número de 1861 pacientes que receberam prescrição de diazepam destes, 159(8,5%) receberam prescrições por tempo maior de 5 meses.

Atingimos então um número de 48 pacientes que já haviam, nos períodos anteriores (T1e T2), utilizado diazepam por tempo mínimo de 5 meses e continuavam usando em março de 1999.

2. Pesquisa de Campo

Conseguimos avaliar em nossa pesquisa de campo 41 pacientes, 6 casos não atenderam às convocações e uma paciente havia mudado local de residência para outra cidade. Dos 48 pacientes, dois apresentam algum grau de prejuízo cognitivo que prejudicou as respostas em algumas questões, conforme discriminaremos adiante.

2.1 Aspectos sociodemográficos

Apresentamos nas tabelas 3 e 4 abaixo, os dados referentes aos aspectos sóciodemográficos.

Tabela 3: Aspectos demográficos: sexo, cor da pele, idade e faixa etária.

| | N= 41 | % |
|---------------------|-------|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 6 | 14,6 |
| Feminino | 35 | 85,4 |
| Cor da pele | | |
| Branca | 35 | 85,4 |
| Negra | 4 | 9,8 |
| Parda | 2 | 4,9 |
| Idade | | |
| Idade média | 57,6 | |
| Idade máxima | 85 | |
| Idade mínima | 25 | |
| Desvio-padrão | 12,5 | |
| Mediana | 59 | |
| Faixa etária | | |
| 20 - 29 anos | 1 | 2,4 |
| 30 - 39 anos | 4 | 9,8 |
| 40 - 49 anos | 4 | 9,8 |
| 50 - 59 anos | 7 | 17,1 |
| 60 - 69 anos | 8 | 19,5 |
| 70 - 79 anos | 3 | 7,3 |
| 80 anos e + | 1 | 2,4 |

Tabela 4: Aspectos demográficos: escolaridade, situação conjugal, classe social, vínculo empregatício e religião.

| | N= 41 | % |
|-----------------------------|-------|-------|
| Escolaridade | | |
| Ausente | 13 | 31,7 |
| 1 a 3 anos concluídos | 9 | 22 |
| 4 a 7 anos concluídos | 13 | 31,7 |
| 8 a 11 anos concluídos | 6 | 14,6 |
| Situação conjugal | | |
| Amasiada | 2 | 4,9 |
| Casada | 18 | 43,9 |
| Separada | 6 | 14,6 |
| Solteira | 6 | 14,6 |
| Viúva | 9 | 22 |
| Classe social | | |
| A | 0 | |
| B | 0 | |
| C | 16 | 39,02 |
| D | 22 | 53,6 |
| E | 3 | 7,3 |
| Vínculo empregatício | | |
| Ausente | 28 | 68,3 |
| Aposentado | 11 | 26,8 |
| Licença de saúde | 1 | 2,4 |
| Presente e ativo | 1 | 2,4 |
| Religião | | |
| Católica | 29 | 70,8 |
| Evangélica | 7 | 17 |
| Espírita | 3 | 7,3 |
| Não tem religião | 2 | 4,9 |

Em nossa população, as mulheres tendem a uma escolaridade mais baixa. Os 13 indivíduos com ausência completa de escolaridade eram do sexo feminino. Encontramos entre as razões mais citadas, no caso das mulheres, a necessidade de trabalhar para garantir o próprio sustento, e o impedimento do pai, alegando que mulher não precisava estudar. No caso dos homens, a dificuldade financeira foi a razão mais citada para o abandono escolar.

2.2 Padrão de uso

Em relação ao padrão de uso, o tempo médio de consumo foi de 10 anos (DP=7,95), com uma idade de início em média aos 43 anos de idade (DP=14,04). Os pacientes referiram em geral uma tomada diária, preferencialmente à noite; 30 pacientes referiram utilizar 10 mg/d e os demais se distribuíram em doses de 20 a 50 mg/d, e apenas um referiu uso de 5 mg a cada três dias.

Dezesseis pacientes (39%) referiram uma utilização do fármaco apresentando algum tipo de inobservância das prescrições realizadas. A utilização por “conta própria” em doses maiores que as recomendadas pelo seu médico foi bastante referida por estes pacientes (Tabela 5).

Sete (17,1%) pacientes relataram utilização de diversos comprimidos numa única tomada. Destes, 6 (14%) precisaram de atendimento de urgência decorrentes de complicações relacionadas ao fármaco. Todos os pacientes que precisaram de atenção de urgência atribuíram uma intencionalidade suicida ao consumo excessivo do medicamento.

Tabela 5: Padrão de uso de benzodiazepínicos

| | N=41 | % |
|---|-------|----------|
| Uso abusivo ou indiscriminado | 16 | 39,0 |
| Tentativas de suicídio com diazepam | 6 | 14,6 |
| Preocupação com uso prolongado de diazepam | 13 | 30,2 |
| Pagaria para obter medicação caso não fosse fornecido | 17 | 43,6 |
| Tentativas frustradas de interromper consumo | 30 | 76,9 |
| Hábito de emprestar o medicamento | 17 | 41,5 |
| Indica ou recomenda diazepam para outrem | 6 | 15,0 |
| Presença de sintomas significativos de abstinência | 36 | 87,8 |
| Idade média de início de consumo (em anos) | 43,24 | DP=14,04 |
| Tempo médio de utilização (em anos) | 10,73 | DP=7,95 |

Em 36 dos nossos entrevistados (83,7%), houve pelo menos uma manifestação significativa de sintomas de abstinência. Entre as principais queixas relacionadas à abstinência da medicação foram referidas: insônia, irritabilidade, agitação e dores de cabeça. Na tabela 6 encontram-se os sintomas relatados pelos pacientes.

Tabela 6: Queixas relacionadas à abstinência

| | N=36 |
|---------------------------------------|------|
| Insônia | 19 |
| Agitação | 4 |
| Dores de cabeça ou membros | 4 |
| Irritabilidade | 4 |
| Pânico/sensação de morte | 2 |
| Barulhos na cabeça (“estralos” – sic) | 1 |
| Crises convulsivas | 1 |
| Medo de não dormir | 1 |
| Queimação em braços | 1 |
| Alucinações | 1 |
| Falta de ar | 1 |
| Dor no peito | 1 |
| Angústia | 1 |
| Vontade de se matar | 1 |
| Tremor | 1 |

Em relação ao uso de medicamentos associados fizemos uma investigação quanto ao número de fármacos utilizados excluindo o diazepam (tabela 7).

Encontramos uma tendência ao consumo concomitante de vários fármacos, sendo que apenas 9,8% dos entrevistados utilizavam monoterapia.

Tabela 7: Quantidade de medicamentos utilizados além do diazepam

| | N=41 | % |
|--------------------|------|------|
| Nenhum medicamento | 4 | 9.8 |
| Um fármaco | 13 | 31.7 |
| 2 fármacos | 14 | 34.1 |
| 3 fármacos | 6 | 14.6 |
| 4 ou mais fármacos | 4 | 9.8 |

Notamos que não houve aumento do número de medicamentos associados com aumento do tempo de utilização de diazepam ($r_s = -0.2741$; $p = 0.0828$).

Apresentamos, na tabela 8 a seguir, os tipos de medicamentos associados.

Tabela 8: Tipo de medicamentos associados relacionados por grupo farmacológico

| Grupo farmacológico | N=41 |
|---|------|
| Antihipertensivos | 26 |
| Antiarrítmicos | 8 |
| Antidepressivos Tricíclicos | 6 |
| Anticonvulsivantes (Fenobarbital/Carbamazepina) | 3 |
| Antipsicóticos | 3 |
| Antiácidos | 3 |
| Analgésicos/ Antireumáticos | 3 |
| Broncodilatadores | 1 |
| Fitoterápicos (Pasalix) | 1 |
| ISRS (Fluoxetina) | 1 |

2.3. Relatos dos pacientes sobre atitudes do prescritor

Segundo informaram os pacientes os clínicos gerais (44,4%) seguidos pelos psiquiatras (41,7%) são os principais responsáveis pela introdução do diazepam, como princípio terapêutico, para os sujeitos de nossa pesquisa (Tabela 9). Cinco pacientes não se recordavam da especialidade do prescritor.

Tabela 9: especialidade do médico que prescreveu pela diazepam primeira vez

| Especialidade | n | % |
|---------------|----|------|
| Clínica geral | 16 | 44,4 |
| Psiquiatria | 15 | 41,7 |
| Cardiologia | 2 | 5,6 |
| Neurologia | 2 | 5,6 |
| Ginecologia | 1 | 2,8 |

Em relação às razões para receberem a prescrição pela primeira vez foram apontadas como principais a insônia, em 15 casos (36,6%) e a necessidade de “acalmar o nervoso” em 17 casos (41,4%).

Quando questionados sobre a razão para continuar o uso houve uma concordância entre motivos de insônia e nervoso. Cinco pacientes(11,6%) relataram a dependência ou “vício” como motivação para continuarem a receber prescrições, e 7 deles não tem a menor idéia da razão da prescrição. Outras razões foram citadas em muito menor proporção (Tabela 10).

Uma paciente referiu que recebe prescrição simplesmente porque solicita remédios para dormir quando passa por consulta médica.

Tabela 10: Razões para iniciar e continuar prescrição de diazepam

| | N=41 | % |
|-------------------------------|------|------|
| Motivos para iniciar | | |
| Acalmar o nervoso | 17 | 41,4 |
| Insônia | 15 | 36,5 |
| Medo/ pânico | 4 | 9,7 |
| Desmaios | 3 | 7,3 |
| Problemas sócio-familiares | 1 | 2,4 |
| Hipertensão | 2 | 4,8 |
| Irritabilidade | 1 | 2,4 |
| Vontade de morrer | 1 | 2,4 |
| Formigamento em membros | 1 | 2,4 |
| Enxaqueca | 1 | 2,4 |
| Motivos para continuar | | |
| Insônia | 9 | 21,9 |
| Acalmar o nervoso | 9 | 21,9 |
| Dependência/ vício | 5 | 12,1 |
| Depressão | 3 | 7,3 |
| Desmaios | 1 | 2,4 |
| Pede remédios para dormir | 1 | 2,4 |
| Problema de coração | 1 | 2,4 |
| Formigamento em membros | 1 | 2,4 |
| Hipertensão | 1 | 2,4 |
| Não sabe | 7 | 17 |

Quando questionados sobre as explicações que o médico forneceu aos pacientes em relação a sua doença, 9(22,5%) responderam que receberam orientações mas não compreenderam, 23(57,5%) nunca receberam explicações sobre sua doença e apenas 8(15%) tinham alguma idéia proveniente da orientação de seu médico sobre qual a natureza de sua enfermidade.

As explicações mais referidas entre os pacientes que receberam orientações, por parte de seus médicos foram, em 3 casos “o médico disse que eu tinha nervoso”, em 2 casos “ele disse que era depressão”, em um caso “ele falou que era causa genética” e um outro caso o paciente referiu: “o doutor disse que era psicossomático”.

2.4 Atitudes do paciente

Quando questionados em relação ao hábito de emprestar a medicação, uma parcela significativa dos casos, ou seja, 17 pacientes (41,5%) afirmaram com naturalidade, o hábito de emprestar seu medicamento eventualmente, quando solicitados por amigos, vizinhos ou familiares.

Em relação à atitude de indicar o uso de diazepam para outrem houve uma grande quantidade de respostas negativas, de qualquer maneira, consideramos significativo o fato de 6(15%) dos pacientes confirmarem o hábito de indicar sua medicação para familiares ou amigos.

Em relação a estratégias para tentar evitar o consumo do diazepam 26(65%) não utilizam nenhuma estratégia, as estratégias referidas estão apontadas na Tabela 11.

Tabela 11: Estratégias referidas para tentar interromper o consumo de diazepam

| | n=40 | % |
|-----------------------------|------|-----|
| Não utiliza estratégia | 26 | 65 |
| Utilização de chás | 10 | 25 |
| Medicamentos fitoterápicos | 1 | 2,5 |
| Atitudes religiosas (rezar) | 1 | 2,5 |
| Substituição por etílicos | 1 | 2,5 |
| Não especificou | 1 | 2,5 |

* um paciente não respondeu por dificuldades cognitivas

A utilização de recursos de fé, para alívio de nervoso ou tristeza, e atitudes como rezar para acalmar ou dormir, foram citadas em 22(55%)de nossos entrevistados.

Referiram tentativas frustras de interromper o consumo da medicação 30 (76,9%) de nossos entrevistados. Dezenove dos pacientes que tentaram parar, o fizeram por iniciativa própria, destes, apenas um não apresentou queixas de sintomas de abstinência de moderados a graves. Em apenas 10 (25,6%) dos casos houve indicação do médico para que o uso fosse interrompido.

Dez pacientes tentaram parar por indicação do médico e destes, todos apresentaram queixas de sintomas de abstinência, sendo que um deles, uma paciente do sexo feminino, referiu um consumo abusivo de outros medicamentos, em altas doses, (diclofenaco, aspirina ou antitérmicos) para compensar a falta do diazepam, ou percorria serviços de saúde para fazer um “estoque” e buscar alívio dos sintomas.

Na questão hipotética em que o paciente ficaria sem o diazepam e o centro de saúde já não estaria mais em funcionamento, obtivemos respostas muito elucidativas do comportamento habitual em relação a busca do medicamento (Tabela 12).

Tabela 12: Reação do paciente quando percebe que seu diazepam terminou.

| Reação | N=41 | % |
|--|-------------|----------|
| Iria pela manhã ao C.S. pedir uma receita | 14 | 34,1 |
| Pediria emprestado (amigas ou familiares) | 9 | 21,9 |
| Procuraria um pronto socorro imediatamente | 5 | 12,1 |
| Aguardaria o dia da consulta | 5 | 12,1 |
| Compraria na farmácia sem receita | 3 | 7,3 |
| Pediria receita à um médico conhecido | 2 | 4,8 |
| Substituiria por outra medicação (antidepressivos) | 1 | 2,4 |
| Não soube responder | 2 | 4,8 |

Vale ressaltar que 3 pacientes afirmaram que iriam à uma farmácia conhecida, com a finalidade de conseguir o remédio mesmo sem receita.

Questionados sobre a possibilidade de no caso do diazepam deixasse de ser fornecido pelo serviço de saúde, o paciente precisasse pagar uma consulta com a finalidade de conseguir prescrição, obtivemos resposta positiva em 17 (43,6%) dos casos. Entre os que responderam afirmativamente as razões mais citadas, foram necessidade do remédio, ou “passar mal” se deixassem de tomar regularmente seus comprimidos em 14 (83%) dos casos. A razão mais citada para não pagar consulta foi impossibilidade financeira.

Em relação às tentativas de interromper o consumo de diazepam, 19 (48,7 %) referiram tentativas por iniciativa própria e 10 (25,6%) fizeram tentativas incentivadas pelo seu médico. Em geral 30 pacientes (76,9%) já fizeram pelo menos uma tentativa de parar de tomar o medicamento.

Vinte e quatro pacientes (55,8%), não tem qualquer preocupação em relação ao consumo prolongado do diazepam; dos que citaram preocupações as mais freqüentes foram medo de viciar ou ficar dependente (9,3%)e medo de comprometer a memória (4,7%).

2.5 Perfil de sintomas e diagnósticos

□ Dados obtidos à partir da aplicação da HAD:

Obtivemos a partir da aplicação da escala de ansiedade e depressão HAD uma freqüência de 64,1% com pontuação positiva para ansiedade (Tabela 13), e uma freqüência de 69,2% dos entrevistados com pontuação positiva para depressão (Tabela 14). Em dois casos houve prejuízo na obtenção de dados devido a dificuldades cognitivas dos pacientes

Tabela 13: Pontuação obtida na HAD para sintomas de ansiedade (HAD-A)

| | N=39 | % |
|----------------------|------|------|
| Pontuação 1 a 7 | 14 | 35,9 |
| Pontuação de 8 a 21* | 25 | 64,1 |

* Casos suspeitos de ansiedade

Tabela 14: Pontuação obtida na escala HAD para depressão (HAD-D)

| | N=39 | % |
|----------------------|------|------|
| Pontuação de 1 a 7 | 12 | 30,8 |
| Pontuação de 8 a 20* | 27 | 69,2 |

*Casos suspeitos de depressão

□ Dados obtidos à partir da aplicação do SCAN:

Obtivemos dados relativos às seções de ansiedade e de depressão do SCAN que estão apresentados na tabela 15 abaixo. Um paciente não respondeu adequadamente as questões e as respostas foram desconsideradas.

Tabela 15: Frequência de sintomas de ansiedade e depressivos identificados pelo SCAN

| | N=40 | % |
|------------------|------|------|
| Ansiedade | | |
| Ausente | 25 | 62,5 |
| Presente | 15 | 37,5 |
| Depressão | | |
| Ausente | 14 | 35,0 |
| Presente | 26 | 65,0 |

Utilizando o coeficiente de concordância de *Kappa*, pudemos observar entre a escala HAD e o SCAN uma concordância média para os sintomas depressivos referidos ($Kappa=0,514$).

Em relação às demais variáveis investigadas pelo SCAN optamos por apresentá-las de maneira descritiva em tabelas que podem facilitar em muito a visualização dos dados obtidos.

Iniciamos pelos itens que investigam a qualidade de saúde física dos nossos entrevistados no último mês, e duração da doença em anos.

No último mês 63,2% dos pacientes consideram sua saúde regular, já 26,35 consideram a sua saúde ruim e apenas 10,5% consideram suas condições gerais de saúde satisfatórias (Tabela 16).

Tabela 16: Adaptação física no último mês

| | N=38 | % |
|---------|------|------|
| Boa | 4 | 10,5 |
| Regular | 24 | 63,2 |
| Ruim | 10 | 26,3 |

Em relação à duração da doença para a qual vem realizando tratamento na unidade nossos entrevistados apresentam sintomas em média há 9 anos, com um tempo mínimo de 6 meses de história de doença e máximo de 35 anos.

Questionados sobre alterações do peso, 26,3% apresentaram redução do peso em pelo menos 2kg e 18,4% ganharam peso significativo no último ano, os demais mantiveram seu peso inalterado.

Em relação aos diagnósticos associados, apresentamos os resultados na tabela 17 abaixo:

Tabela 17: Diagnósticos clínicos associados

| | N=41 | % | Frequência cumulativa |
|----------------------------|------|------|-----------------------|
| Nenhum diagnóstico clínico | 2 | 4,9 | 2 |
| Pelo menos um diagnóstico | 21 | 51,2 | 23 |
| Dois diagnósticos | 13 | 31,7 | 36 |
| Três ou mais diagnósticos | 5 | 12,2 | 41 |

Em relação aos sintomas físicos investigados pelo SCAN, temos em ordem de maior frequência queixas de dores articulares, problemas com audição, visão ou fala, palpitações, boca seca, perda de memória, adormecimento perda de sensação ou formigamento em membros, fôlego curto ou dificuldades respiratórias, dores de cabeça, e queixas gastrintestinais entre outras (Tabela 18).

Tabela 18: Frequências ordenadas do SCAN para Sintomas Físicos.

| Descrição do Item | N | Frequência Absoluta | % |
|---|----------|----------------------------|----------|
| Dor nos braços e pernas, juntas, mãos, pés | 37 | 29 | 78,40 |
| Qualquer problema com visão, audição ou fala | 37 | 24 | 64,90 |
| Palpitações, coração batendo sem parar | 37 | 24 | 64,90 |
| Boca seca | 38 | 24 | 63,20 |
| Perda de memória | 36 | 21 | 58,30 |
| Adormecimento, perda de sensação, formigamento | 37 | 21 | 56,80 |
| Respiração curta fora de períodos de exercício físico | 37 | 20 | 54,10 |
| Ondas de calor e frio | 37 | 18 | 48,60 |
| Dor de cabeça | 37 | 16 | 43,20 |
| Queixas gastro-intestinais | 37 | 15 | 40,50 |
| Convulsões, desmaios, tonturas | 36 | 14 | 38,90 |
| Dor no peito ou cardíaca, desconforto, queimação | 37 | 13 | 35,10 |
| Problemas para urinar | 37 | 13 | 35,10 |
| Queimação ou desconforto estomacal | 37 | 13 | 35,10 |
| Ruborizar-se ou corar | 37 | 12 | 32,40 |
| Gosto ruim na boca | 37 | 12 | 32,40 |
| Problemas genitais, dor desconforto | 37 | 11 | 29,70 |
| Outras dores | 37 | 11 | 29,70 |
| Pele manchada ou descolorida | 37 | 10 | 27,00 |
| Náusea | 37 | 10 | 27,00 |
| Corrimento vaginal | 32 | 8 | 25,00 |
| Intestino solto | 37 | 8 | 21,60 |
| Vômitos, regurgitação, aerofagia, soluços | 37 | 6 | 16,20 |
| Dificuldade para engolir | 37 | 6 | 16,20 |
| Problema com movimentos paralisias | 37 | 5 | 13,50 |
| Sintomas pré menstruais no último ano | 33 | 4 | 12,10 |
| Disfunção Sexual | 38 | 3 | 7,90 |

Em relação aos sintomas psicológicos apresentamos na Tabela 19, abaixo, a relação por frequência de aparecimento.

Tabela 19: Frequências ordenadas do SCAN para Sintomas Emocionais.

| Descrição do Item | N | Frequência Absoluta | % |
|---|----------|----------------------------|----------|
| Humor depressivo | 38 | 20 | 52.60 |
| Perda de esperança no futuro | 38 | 20 | 52.60 |
| Preocupação | 37 | 18 | 48.60 |
| Tensão muscular generalizada/localizada | 37 | 16 | 43.20 |
| Perda de interesse | 38 | 15 | 39.50 |
| Perda de energia | 38 | 15 | 39.50 |
| Insônia Inicial | 38 | 15 | 39.50 |
| Qualidade insatisfatória do sono | 38 | 15 | 39.50 |
| Sensação de tensão nervosa | 36 | 14 | 37.80 |
| Calma frente a problemas (Nervoso) | 36 | 14 | 37.80 |
| Sentimento de retardo psicomotor | 38 | 14 | 36.80 |
| Dores tensionais localizadas | 37 | 13 | 35.10 |
| Sensibilidade ao barulho | 37 | 13 | 35.10 |
| Lacrimação e choro | 38 | 13 | 34.20 |
| Depressão que não remite | 38 | 13 | 34.20 |
| Capacidade de sentir prazer (perda acentuada) | 38 | 12 | 31.60 |
| Preocupação com morte ou catástrofe | 38 | 12 | 31.60 |
| Sentimento de esgotamento pelas tarefas diárias | 38 | 12 | 31.60 |
| Insônia intermediária | 38 | 12 | 31.60 |
| Despertar precoce | 38 | 12 | 31.60 |
| Tedium vitae | 38 | 11 | 28.90 |
| Irritabilidade | 37 | 10 | 27.00 |
| Suicídio ou auto agressividade | 38 | 10 | 26.30 |
| Perda da autoconfiança | 38 | 10 | 26.30 |
| Perda da autoestima | 38 | 10 | 26.30 |
| Fadiga e exaustão | 37 | 9 | 24.30 |
| Isolamento social | 38 | 9 | 23.70 |
| Inquietação descrita subjetivamente | 37 | 8 | 21.60 |
| Perda de concentração | 38 | 8 | 21.10 |
| Pensamento lentificado | 38 | 8 | 21.10 |
| Depressão matinal | 38 | 5 | 13.20 |
| Culpa patológica | 38 | 5 | 13.20 |
| Hipersonia | 38 | 5 | 13.20 |
| Desconfiança | 37 | 4 | 10.80 |
| Idéias de referência | 37 | 3 | 8.10 |
| Idéias culposas de referência | 37 | 3 | 7.90 |
| Sonhos perturbadores ou pesadelos | 38 | 2 | 5.30 |
| Terror noturno | 38 | 1 | 2.60 |
| Sonambulismo | 38 | 1 | 2.60 |

Em relação aos diagnósticos psiquiátricos detectados à partir da aplicação do SCAN temos critérios estabelecidos pelo próprio sistema para definição diagnóstica (vide método).

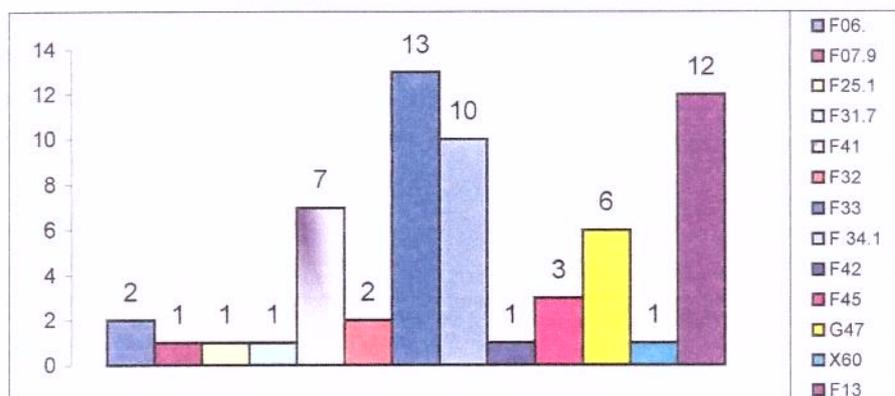


Gráfico8: Distribuição por categorias diagnósticas

Em relação aos resultados diagnósticos observamos que um paciente do sexo masculino apresentou pontuação positiva para duas categorias diagnósticas (F33+F42).

O diagnóstico de transtorno de sono (G47) foi evidenciado em 6 pacientes, porém como diagnóstico isolado foi detectado em apenas 3 casos, sendo dois do sexo feminino e um do sexo masculino.

Em relação aos diagnósticos de dependência geradas pelo SCAN, através da seção 12, verificamos as frequências de respostas significativas nos seguintes critérios:

- Usar a substância para aliviar sintomas de abstinência:

Dezesseis pacientes(39%) relataram uso da substância por conta própria com esta finalidade.

- Dificuldade para controlar o consumo:

Os pacientes entrevistados apresentaram grande dificuldade para controlar e interromper o consumo do diazepam. Dos casos apresentados apenas dez (24,3%) negaram tentativas mal sucedidas de interromper o consumo da medicação, os demais (29 - 70,73%) referiram grande dificuldade para interromper o uso. Dois casos não responderam a esta questão.

Diagnósticos

A tabela 20, abaixo, nos permite observar os tipos de diagnósticos obtidos em nossa pesquisa através da utilização do SCAN.

Tabela 20: diagnósticos categorizados pela CID-10

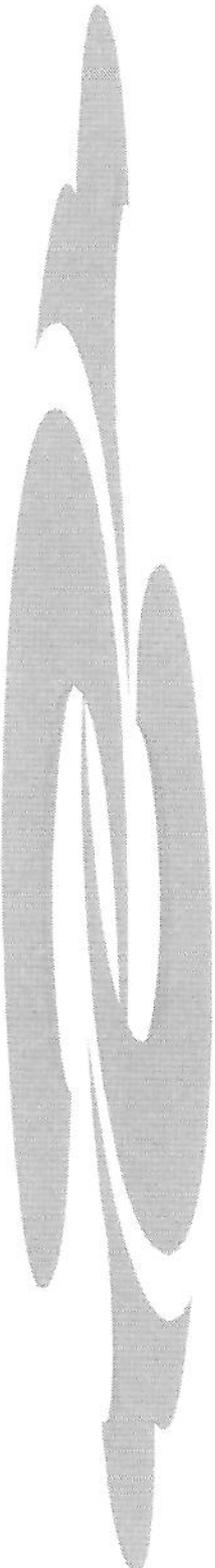
| Categoria diagnóstica CID-10 | Masculino | Feminino | Total |
|--|-----------|----------|-------|
| | N=6 | N=35 | N=41 |
| F33(transtorno depressivo recorrente) | 1 | 12 | 13 |
| F13(transtornos mentais devido ao uso de sedativos e hipnóticos) | 1 | 11 | 12 |
| F34.1(distímia) | 0 | 10 | 10 |
| G47(transtorno de sono) | 0 | 6 | 6 |
| F41.1(transtorno de ansiedade generalizada) | 0 | 3 | 3 |
| F45(transtorno somatoforme) | 1 | 2 | 3 |
| F06(transtorno mental decorrente de lesão cerebral) | 0 | 2 | 2 |
| F32(episódio depressivo) | 0 | 2 | 2 |
| F25.1(transtorno esquizoafetivo tipo depressivo) | 1 | 0 | 1 |
| F31.7(transtorno afetivo bipolar em remissão) | 1 | 0 | 1 |
| F42(transtorno obsessivo compulsivo) | 0 | 1 | 1 |
| X60(exposição intencional a analgésicos, antipiréticos e antireumáticos) | 0 | 1 | 1 |

□ Sintomas de abstinência:

Dos 30 pacientes que tentaram interromper o uso, apenas um não referiu dificuldades ou sintomas de abstinência, os demais (29 - 96,6%) apresentaram sintomas significativos.

□ Diagnóstico de dependência:

Doze pacientes(29,6%), apresentaram concomitantemente os três critérios citados acima, e foram considerados dependentes de diazepam.



DISCUSSÃO

Um grande número de estudos a respeito da prescrição de BDZ na prática clínica foi realizado nas últimas décadas (Tancredi 1986; Holm, 1988/1995). Há estudos que tratam dos registros da prescrição de hipnóticos e sedativos, antes e depois de uma intervenção, objetivando observar o decréscimo na quantidade de outros medicamentos prescritos (Holm, 1991), outros apontam interesses nos tipos das pessoas que utilizam BDZ, enfocando a quantidade e frequência de consumo (Moland, 1996; Wortman, 1994). Os estudos que tratam especificamente do consumo em centros de atenção primária são raros ou pouco divulgados (Escriva, 2000).

Nosso diferencial em relação aos estudos anteriores, que acreditamos positivo, foi justamente o método da pesquisa.

Procuramos estudar uma clientela usuária crônica de BDZ, reportando um maior detalhamento em relação ao consumo e à obtenção dessa medicação em centros de saúde. O trabalho, dessa forma, cresce em fidedignidade, na medida em que se utiliza de estudo documental, como ponto de partida, sobretudo consultando-se os prontuários dos pacientes, os livros de registros da saída de psicotrópicos, bem como as próprias receitas desses psicotrópicos retidas nas farmácias dos centros de saúde.

Outra questão que nos chamou atenção foi a importância da coleta dos dados no estudo de campo, com as informações auto-referidas pelos pacientes sobre o uso prolongado do diazepam, procedimento este que em muito enriqueceu os achados do estudo documental.

Concordamos com Huf (2000) no que diz respeito ao risco da coleta de informações baseadas no auto-relato de uso de medicamentos por longos períodos de tempo, uma vez que alguns dados poderiam ser subestimados em virtude da possibilidade do paciente não se recordar exatamente de doses prescritas. No caso de nossa pesquisa, o estudo documental realizado previamente permitiu uma maior segurança sobre a fidelidade das informações referidas. Foi possível confrontar os resultados e valorizar a informação mais próxima da realidade.

Tomemos como exemplo a dose prescrita: muitas vezes o paciente habituado a tomar seu diazepam fora dos horários não mais se recordava do horário e dose prescritos inicialmente, nestes casos recorriamos ao prontuário e podíamos “ajudá-lo” a recordar-se da orientação feita pelo seu médico, e confrontar com o padrão de uso atual referido pelo paciente.

Tomamos emprestado de Tancredi(1986) a terminologia e o conceito de dose média diária (DMD). Este autor utilizou o conceito DMD para definir doses médias de consumo, ou seja, uma estimativa do número de doses consumidas a cada 1000 habitantes a partir da quantidade de medicamentos vendidos em farmácias. O que diferencia metodologicamente nosso estudo é o fato de a medida do consumo ser realizada através do levantamento do número de receitas médicas aviadas, e do número de comprimidos prescritos mensalmente, estudamos minuciosamente as doses individuais de consumo, considerando dados reais e não estimativas.

Outro aspecto que deve ser ressaltado e pode concorrer para o detalhamento dessa questão, foi a preocupação em obter informações sobre a ciência e comportamentos relacionados ao medicamento, por parte dos pacientes, e sua visão sobre as atitudes dos médicos que os prescreveram.

A maioria dos estudos revisados por nós (Bernik, 1989; Taylor et al.,1998; Gorenstein,1993) prende-se ao consumo crônico retrospectivamente auto-referido pelo paciente, relacionados tanto à variável do tempo de uso, quanto à dose utilizada. Embora boa parte desses pesquisadores tenha demonstrado forte interesse nas doses consumidas e no tempo de utilização, não foram devidamente explorados a opinião e comportamento do paciente em relação ao fármaco e seu consumo crônico.

Uma das limitações mais ou menos constante em tais estudos, entretanto, é o fato de não fornecerem dados mais detalhados e capazes de explicar os fatores envolvidos no procedimento médico da indicação e prescrição de BDZ, bem como das condições e da dinâmica psicossocial para o uso continuado desses fármacos pelos pacientes. Uma busca de aprofundamento nestas questões seria outro aspecto favorável em nosso estudo.

Outro relevante achado foi uma presença marcante do diagnóstico de transtornos depressivos. De fato, 26 (63,4%) dos consumidores de diazepam, em nosso estudo, seriam depressivos sub-diagnosticados e tratados cronicamente com ansiolíticos.

Não obstante, nosso estudo também apresenta algumas limitações metodológicas, expostas a seguir. Ele se deteve na casuística extraída exclusivamente das unidades de atendimento em saúde pública.

Nossos dados, obtidos através do SCAN, oferecem um panorama sobre a sintomatologia associada ao uso crônico de diazepam, podendo ou não estar relacionadas aos processos de tolerância e dependência do fármaco.

Entretanto, faltou-nos um instrumento adequado para a avaliação precisa do que se considera dependência aos BDZ, uma vez que, em nossa opinião, os critérios apresentados pelo SCAN para dependência (seção 12) mostraram-se pouco específicos para a investigação do uso crônico de BDZ e são um tanto “pesados” quando investigam o padrão de abuso (incomum neste grupo), deixando as “sutilezas” do comportamento associado ao fármaco de lado.

Intrigou-nos portanto a carência de instrumentos de investigação que possam estabelecer critérios mais fiéis para diagnóstico da dependência a BDZ.

Baseados nos achados, concordamos com Bernik (1996) em sua observação sobre a definição de dependência química de Edwards, considerando-a inapropriada para o caso da dependência de BDZ, apesar de tal definição ter valor reconhecido internacionalmente para outros tipos de dependência.

Uma constatação nossa, reforçada pela maioria dos estudos aqui citados, foi que o usuário de diazepam não tende, automaticamente, a um aumento progressivo da dose, e a utilização desse fármaco não interfere significativamente com as atividades de seu cotidiano. Esses comportamentos são comuns em outros tipos de dependência e bastante valorizados nos critérios de classificação para dependência.

As queixas somáticas, conforme apresentamos em resultados (tabela 18), foram muito frequentes em nossos entrevistados. Apesar deste achado, o diagnóstico de transtorno somatoforme pelo SCAN só foi evidenciado em 3 pacientes (7,3%). A idade mais avançada entre nossos pacientes pode ter interferido nos resultados uma vez que, conforme apresentado em métodos, a recomendação do SCAN seria desconsiderar os sintomas que pudessem ter qualquer explicação física diagnosticável, e como sabemos, o risco para doenças físicas aumenta conforme avança a idade.

Outra limitação do nosso estudo foi a carência de informações a respeito dos aspectos de personalidade dos pacientes, e sobre eventos de vida que pudessem atuar como estressores psicossociais.

Pesquisa Documental

Tal levantamento permitiu estabelecer um panorama de indicação, prescrição, e consumo dos BDZ. Foi também possível detectar a DMD consumida pelos pacientes e estudar a especialidade dos prescritores.

Em relação aos registros médicos dos pacientes em uso de BDZ, 11,8% deles continham dados incompletos. Percebemos também que, apesar de haver importantes diferenças entre o funcionamento e capacitação de funcionários entre as diversas unidades de saúde pesquisadas, alguns profissionais, incumbidos de registrar nos livros de saída de psicotrópicos regulamentados pela portaria 28, ainda são descuidados em suas anotações. Esses problemas de registro apontam para dificuldades na estrutura de vigilância sobre os psicofármacos consumidos.

Calil, (1996) revisando 200 prescrições regulamentadas pela portaria 28, encontrou uma porcentagem de erros em torno de 44%. Este autor atribui à seus resultados uma grande inadequação das ações da vigilância sanitária junto às farmácias. Constatou que apenas um funcionário era o responsável pela fiscalização de 504 estabelecimentos de Uberaba e região, deixando clara a grande dificuldade de controle de distribuição de psicofármacos em nosso meio.

Neste aspecto particular, a maioria dos registros nas UBS, valoriza muito o número de comprimidos dispensados aos pacientes, bem como o controle dos estoques, em detrimento da identificação adequada do profissional que prescreve e do paciente que utiliza a medicação.

Apesar do zelo na coleta dos dados documentais da pesquisa, é difícil, se não impossível, avaliar se os pacientes utilizam, de fato, as doses prescritas. Entre as variáveis possíveis nesta questão, está o hábito cultural do paciente *emprestar* medicamentos a parentes e vizinhos. Outro fator que pode influenciar na credibilidade dos dados sobre posologia registrada em prontuários, seria a variação da dose utilizada pelos pacientes, para mais ou para menos, à revelia da orientação médica.

Os nossos achados relativos à especialidade do prescritor atual (médicos clínicos prescrevem em 51,8% dos casos), podem estar relacionados, além de outros aspectos discutidos adiante, ao fato de na maior parte das unidades estudadas não haver profissionais psiquiatras contratados.

Pesquisa de Campo

Valorizamos, nessa fase, o estudo dos hábitos e das atitudes dos pacientes, os quais permitiram uma avaliação qualitativa dos dados obtidos, favorecendo, desta forma, uma maior compreensão do contexto existencial da pessoa que utiliza, de maneira crônica, essa medicação.

Em relação aos dados sócio-demográficos, os resultados foram concordantes com a literatura. Eles mostraram maior consumo de BDZ entre mulheres, bem como um aumento deste consumo com o avançar da idade (Tancredi, 1979; Mari, 1992). Outro fator que poderia estar relacionado às diferenças de consumo de BDZ quanto ao gênero, é o maior comparecimento das mulheres às unidades de saúde, sobretudo de mulheres em idade fértil (Almeida, 1994).

Lijja (1994) aponta três hipóteses para explicar uma propensão dos médicos a prescreverem mais psicotrópicos para mulheres. Uma das possibilidades é o fato de as mulheres procurarem seus médicos para se queixarem de problemas emocionais em

proporção maior que os homens. Outro fator, seria a expectativa do médico de que a mulher sofra mais de transtornos psicológicos que os homens, e ainda, uma terceira possibilidade, seria o fato de os médicos acreditarem que o tratamento farmacológico é o mais indicado para os tipos de transtornos emocionais apresentados pelas mulheres.

Quanto ao nível socioeconômico e cultural, nossos dados apontam para uma predominância das classes C e D entre os usuários de BDZ. Esse achado coincide com a realidade social da região Noroeste, uma das mais carentes de Campinas, conforme referido no capítulo Campo de Pesquisa.

Em relação à idade de início do uso de BDZ, encontramos alguma diferença em relação ao estudo realizado por Wortmann (1994). Esse autor refere uma idade média de início do consumo de BDZ aos 32,8 anos. Nossos dados apontam para uma idade média mais tardia, com início do consumo aos 43,2 anos, dados estes que são concordantes com o estudo realizado por Karniol et al. (1986) nesta mesma cidade demonstrando uma idade média de 44 anos.

O aumento de consumo de psicofármacos paralelamente ao avanço da idade parece estar ligado à maior possibilidade de aparecimento de diversos problemas de saúde, entre os quais, aqueles onde se utilizam psicofármacos como terapia principal ou coadjuvante (Almeida,1994). Considerando o fato de em nosso estudo também encontrarmos um grande número de queixas clínicas não psiquiátricas entre os pacientes entrevistados, podemos concordar com esta possibilidade.

Um dos primeiros estudos sistematizados no Brasil tratando da investigação epidemiológica acerca das prevalências de transtornos psicogerítricos na comunidade foi realizado por Corrêa na cidade de Belo Horizonte em 1997. A população-fonte consistia em 226 pacientes maiores de 60 anos atendidos em ambulatório de serviço público e sua clínica particular. Este autor detectou uma prevalência de 57,7% de quadros depressivos em geral entre idosos.

Além das causas já reconhecidas para os transtornos de humor, como fatores genéticos, presença de doenças físicas, perdas pessoais e afetivas de cônjuges, parentes próximos e amigos, perdas pecuniárias, aposentadoria, isolamento social, perdas de acuidade sensorial, as questões sociais podem em muito contribuir para este cenário sintomatológico. Em nosso estudo, o fato de os resultados demonstrarem que 38,6% dos pacientes vivem sem parceiros, 65% sem vínculo empregatício, outros 26,8% aposentados, e uma predominância na classe social D, nos faz concordar com Corrêa:

“Acrescente-se a isso a atual situação social do idoso no Brasil, um país ainda despreparado para seu próprio envelhecimento, sem uma legislação própria que defenda seus interesses...” “... O descaso das famílias e da sociedade para com seus velhos, as péssimas condições de moradia para idosos, o despreparo dos médicos para o diagnóstico precoce da depressão e seu efetivo tratamento” (Corrêa, 1997).

De modo geral, nossos entrevistados manifestaram uma tendência à utilização de doses constantes de BDZ, não havendo aumento progressivo das doses utilizadas, tanto por recomendação médica quanto por iniciativa dos pacientes. Assim sendo, não nos sentimos à vontade para estabelecer algum parâmetro de evolução em relação ao consumo de diazepam. Pareceu-nos insuficiente considerar apenas o eventual aumento da dose, tomado como um critério isolado, como elemento de valor no prognóstico.

Nossos achados sobre a especialidade do médico que prescreveu diazepam pela primeira vez (clínico geral seguido por psiquiatra) foram concordantes com o estudo de Busto (1996), já descrito anteriormente. As razões que justificaram a primeira prescrição, nervoso (41,4%) e insônia (36,5%), foram concordantes com o estudo de King et al. (1990), que aponta como principal motivação para o início do consumo a insônia.

Uma série de fatores pode contribuir para a não observância das doses recomendadas. Entre esses fatores inclui-se a não compreensão plena, por parte do paciente, das orientações de seu médico. O baixo nível de escolaridade de nossa população pode reforçar esta possibilidade.

A utilização inapropriada do psicofármaco, referida por 39% dos pacientes, pareceu bastante significativa. Outros dados intrigantes foram as tentativas de suicídio em 14% dos pacientes que utilizam o diazepam por conta própria.

A respeito do suicídio através da ingestão excessiva de psicofármacos, destacamos um forte interesse nos estudos revisados. Sobre a questão dos envenenamentos medicamentosos, os detalhamentos sobre tipos de medicamentos mais utilizados e diferenças entre alguns países quanto ao método e droga preferida, a maioria dos estudos confirma os BDZ como a droga mais utilizada nas tentativas de suicídio, seja como única droga ou associada ao álcool e a outras substâncias. Um estudo realizado por Carlsten, (1999) na Suécia, aponta um aumento de taxas de suicídio em idosos utilizando o método de ingestão de BDZ.

Uma outra condição preocupante é a questão do uso de diversas associações medicamentosas pela grande maioria dos usuários crônicos de diazepam (90,2%), sendo que 34,1% usavam três fármacos associados achado este concordante com aquele de Salako (1972).

Não houve para estes usuários uma tendência ao aumento de número de medicamentos associados com o aumento do tempo de utilização de diazepam. Este nosso resultado difere daquele apresentado por Huf (2000), o qual evidenciou que o risco de fazer uso prolongado de benzodiazepínicos aumentou em pacientes que utilizam um número maior de medicamentos associados.

Um estudo realizado por Almeida e cols (1999), mostra que o uso concomitante de diversos medicamentos é uma prática comum entre os idosos. Neste estudo, 40% dos pacientes utilizavam pelo menos três medicamentos diferentes, diariamente, e 10% deles, pelo menos cinco medicamentos.

Segundo Almeida e cols(1999), uma série de fatores poderia contribuir para a polimedicação ou uso inadequado de vários medicamentos. Entre os fatores, o autor cita o fácil acesso dessas populações à aquisição (muitas vezes gratuita) de medicamentos, a baixa frequência do uso de recursos não farmacológicos para o manejo de problemas médicos e, finalmente, algumas características psicológicas individuais do paciente que utiliza a polimedicação e do médico que a prescreve.

O número de medicamentos associados pode ser um outro fator que influencia negativamente a utilização correta do psicofármaco prescrito. Quanto maior o número de medicamentos associados maior a possibilidade do paciente se confundir. Estudo realizado por Salako (1972) em hospital escola da Nigéria, mostrou uma relação direta entre o número de medicamentos associados e problemas na observância das prescrições, mostrando uma porcentagem de 63% de erros de utilização em pacientes que recebiam prescrição de, pelo menos, três medicamentos associados.

Este estudo de Salako (1972) aponta ainda um outro elemento responsável pela utilização inadequada do medicamento: a prescrição prolongada com utilização crônica do fármaco. Este fator atuaria interferindo de maneira importante na motivação para continuidade e adequação de doses prescritas. Há, portanto, um aumento na tendência da medicação não ser utilizada conforme sua prescrição, de acordo com o aumento na duração do tratamento. O autor cita casos de pacientes que interrompem a medicação por sentirem-se muito melhor, muito pior devido a efeitos colaterais ou, ainda, pessoas que fazem uso irregular por mero esquecimento.

Entre os consumidores crônicos de diazepam de nossa pesquisa, chamou atenção o fato do esquecimento não ter sido apontado como fator importante na irregularidade do consumo. Foram mais evidentes fatores, tais como, o uso fora dos horários prescritos e o uso eventual e esporádico de um acréscimo na dose prescrita: “... só um *quartinho de comprimido a mais*”. Essa foi uma expressão bastante utilizada quando o paciente se referia ao uso da medicação algo além da dose recomendada. Nossos pacientes, certamente não “se esquecem” de tomar seus comprimidos.

Outro fator bastante intrigante é o fato de pacientes em uso crônico não se preocuparem com esta questão, visto que, em nosso estudo, 55,8% dos pacientes não referiram a menor preocupação com o uso prolongado do fármaco. Apesar disto, daqueles pacientes que tentaram interromper o uso, 48,7% o fizeram por iniciativa própria. Este achado foi concordante com o estudo de Holm (1990), que demonstrou uma tendência dos próprios pacientes tomarem iniciativas de interromper o consumo seus BDZ.

Nos resultados obtidos através da aplicação do SCAN, constatamos alguns sintomas com significados clínicos bastante sugestivos. Em primeiro lugar, destacamos o fato de 21 pacientes referirem dificuldades de memória. Este resultado alerta para a possibilidade, não conclusiva, de prejuízos cognitivos decorrerem do uso crônico dessa substância, possibilidade esta concordante com os achados de Bernik (1998), os quais referem uma baixa tolerância aos efeitos amnésicos dos BDZ. Por outro lado, outras queixas em pacientes usuários crônicos de BDZ não são concordantes com este estudo de Bernik. Encontramos 21 queixas de adormecimento, perda de sensação ou formigamento em membros, e 14 com sentimento de retardo psicomotor. Estes dados podem sugerir algum grau de intolerância aos efeitos psicomotores dos BDZ.

Dezesseis pacientes referiram tensão muscular generalizada ou localizada, 14 queixaram sensação de tensão nervosa, 13 reclamaram dores tensionais localizadas, 15 perceberam qualidade insatisfatória do sono, 12 tiveram insônia intermediária, 12 despertaram precocemente e 5, ao contrário, tiveram hipersonia. Esses dados interessantes também são concordantes com os estudos de Bernik (1996/97), os quais apontam uma tolerância alta aos sintomas ansiolíticos e sedativos.

Outro estudo realizado por Bernik (1998), utilizando flumazenil, um antagonista de receptores BDZ, demonstrou que os pacientes em uso prolongado de diazepam apresentam uma reação aguda de ansiedade quando recebem uma dose injetável de flumazenil.

Há tempos se cogita sobre uma série de conseqüências adversas decorrentes da administração de tranqüilizantes por tempo prolongado (Bish & Golombok, 1996). Recentemente tem havido, também, maior reconhecimento dos problemas relacionados aos sintomas de abstinência de tranqüilizantes, quando esses medicamentos são interrompidos bruscamente. Fala-se, dos sintomas desse tipo de abstinência, como verdadeiros ataques de pânico, insônia, depressão, dores musculares, hipersensibilidade à luz, aos ruídos ou ao toque, entre outros. E, de fato, parece que uma grande proporção dos usuários crônicos de BDZ vem enfrentando dificuldades para abandonar seu uso, e isso pode ser constatado em nosso estudo.

Também tem sido sugerido por estudos, que os usuários crônicos de BDZ experimentariam algumas dificuldades em suas habilidades adaptativas na lida com eventos estressores. No estudo realizado por Bish & Golombok (1996), acompanhando um grupo de usuários crônicos de BDZ por seis meses e investigando a capacidade de suportarem o processo de retirada do medicamento, demonstrou que as dificuldades de enfrentamento de situações do cotidiano, como por exemplo os estresses relativos à vida conjugal, atividades domésticas e relacionamentos interpessoais, aumentaram no grupo que interrompeu o uso de BDZ. Esses pacientes apresentaram também uma maior tendência ao pessimismo em relação à sua capacidade de abandonar o consumo da medicação.

Embora possa haver um grande número de prescrições médicas inapropriadas, um mesmo médico pode prescrever adequadamente em uma área clínica, de seu maior domínio de conhecimento, e indiscriminadamente em outra (Liija,1994). Um estudo realizado por Holm a respeito dos fatores que poderiam influenciar o clínico geral em sua opção de prescrever repetidamente o diazepam, avalia a importância da atitude deste profissional. Holm ressalta marcante diferença na postura do clínico, oscilando entre forte tendência a ser paternalista e incisivo e, por outro lado, a respeitar a autonomia do paciente.

A postura paternalista do clínico pode favorecer a prescrição do medicamento tanto por sua própria iniciativa, quanto cedendo às insistências e solicitações do paciente. A postura que respeita a autonomia do paciente, por sua vez, é razoavelmente restritiva, de modo que o clínico possa contemplar a autonomia do paciente, discutindo com ele a indicação e, de modo algum, prescrevendo imperativamente o psicotrópico (Holm, 1991).

A propensão para prescrição de um fármaco psicotrópico também pode ser influenciada pela situação terapêutica e pelo contexto social. Médicos que apresentam uma atitude negativa a respeito do uso de psicofármacos para problemas sociais, tendem a prescrevê-los menos. Por outro lado, os pacientes que já utilizaram alguma vez este grupo de medicamentos, mostram-se mais positivos e receptivos à sua prescrição que a população em geral. (Liija, 1994; Holm 1991)

Estudos apontam que os clínicos gerais consideram que a desinformação interfere muito em sua capacidade para tratar pacientes com desordens emocionais. As causas desta desinformação se fundamentam em falhas na graduação, somadas à falta de cursos de atualização e ao reduzido intercâmbio entre clínicos e psiquiatras (Holm, 1991; Calil, 1996).

Esta pertinente observação foi evidenciada em nosso estudo. Nos serviços de atenção primária, em Campinas, uma boa parte dos pacientes é atendida por clínicos, pois não há psiquiatras contratados em todas as UBS, tornando-se desta maneira, mais difícil o acompanhamento destes casos de uso crônico de BDZ. Outros fatores que podem comprometer a boa qualidade do diagnóstico e prescrição são a alta rotatividade de profissionais médicos, cenário este muito comum em nosso meio, e a grande demanda de pacientes na UBS, porta de entrada do sistema de saúde em nossa cidade.

A esta altura tomamos a liberdade de discutir o caso daquela senhora que recebia prescrição, pois “pedia remédios para dormir”, “ para aliviar o nervoso” Aqui temos duas situações que merecem ser o alvo de uma discussão mais aprofundada:

- a) por um lado o médico que pode manter a prescrição, entre outras razões pelas motivações citadas acima, ou seja paternalismo, desinformação e também devido ao excesso de demanda para atendimento, realidade em nosso sistema de saúde pública nos dias de hoje . Este fator influenciaria negativamente criando um ambiente desfavorável para a discussão da indicação e manutenção de doses contínuas do fármaco. Nestes casos seria muito “mais rápido” fornecer a medicação que argumentar com o paciente. Nossos achados são bastante sugestivos desta “falta de ambiente terapêutico”, uma vez que 57,5% dos casos entrevistados referem que nunca receberam explicações de seus médicos a respeito da natureza de sua doença.

Afinal, muitas das vezes, o próprio médico também anda “nervoso”, “angustiado”, “estressado”, como nos aponta um estudo realizado em um hospital universitário em nossa cidade, acerca da auto-percepção de angústia em profissionais médicos psiquiatras.

Este estudo realizado por Ballone (1991), com a colaboração desta autora, pesquisou a presença de angústia em psiquiatras que atuavam em diferentes áreas (ambulatório, enfermaria, P.S.) de um hospital escola. A intenção foi dimensionar a autopercepção da angústia através de instrumento elaborado para este fim, além de pesquisar sintomas diagnosticáveis através da escala Hamilton para ansiedade. Entre os resultados encontramos que 89% dos entrevistados apresentavam angústia auto-referida de grau leve a moderado, e 5% consideravam sua angústia grave. Já através da escala Hamilton apenas 22% apresentavam sintomas de ansiedade, que preenchiam os critérios para grau leve a moderado.

Nosso questionário continha questões que buscavam atribuir razões á angustia quando presente , 50% dos entrevistados acharam que o problema mais importante era na sua relação com a instituição. A relação difícil com os colegas profissionais da mesma área de atuação, juntamente com a preocupação com o contexto sócio-cultural do paciente, foram fatores igualmente considerados mais importantes para a angústia, em 28% das respostas.

Parece que a ansiedade e o estresse acompanham o profissional da saúde desde a faculdade (Firth-Cozens,1989), passando pela residência médica (Jurica 1989), até naqueles já formados há mais tempo (Lens, 1994). A literatura sugere que não se trata de um monopólio dos psiquiatras, existindo também nos cirurgiões, nos pediatras, nos clínicos, nos médicos que trabalham em serviços de emergência (Keller,1989) e até no pessoal da enfermagem (Herschbach,1991). Percebe-se, que o fenômeno angústia-ansiedade-estresse, tem uma incidência universal entre os profissionais de saúde.

Se a maioria das pesquisas sobre o estresse, ansiedade e angústia nos profissionais médicos giram sempre em torno da insatisfação profissional, dos problemas relacionados ao trabalho, das questões de relacionamento interpessoal, das carências financeiras, das sobrecargas de serviço, da tensão, do pouco treinamento, da insegurança e das solicitações e pressões ocupacionais, não há razões para acreditarmos que tal fenômeno seja monopólio da medicina. Essas são dificuldades que, em maior ou menor dose, permeiam a atividade humana de um modo geral. (Ballone,1991).

Quase um século antes de Cristo, Sêneca (4dC- 65 dC), ao escrever sobre A tranqüilidade da Alma, dizia: “*O mal do qual sofremos não vem dos lugares, mas de nós mesmos.*”

b) Outro aspecto a ser considerado é o da paciente que pede pílulas para dormir... para aliviar o nervoso...

Duarte(1995) nos fala com muita propriedade sobre este tão almejado bem dormir. A questão do nervoso perpassa toda a obra deste autor, trazendo importantes contribuições do ponto de vista sociológico e etnográfico.

“... para além das próprias idéias de calma e paz – enquanto antítese aos fenômenos do nervoso. Como dizia, a avaliação sobre o pegar no sono, o dormir e o acordar é central na qualificação da maior ou menor perturbação dos sujeitos”. “ O momento anterior ao deitar-se é também o privilegiado para a utilização dos calmantes...” “...uma vez que se propicia desta forma uma maximização prática e simbólica do sono ‘não-nervoso’...”

A correlação entre os males do nervoso e sintomas somáticos segundo o autor estariam relacionados com a “cabeça”, estrutura simbolicamente responsável por todos os males do nervoso na visão de alguns pacientes em nossa cultura:

“Parece expressivo de tal representação o peso simbólico de que se reveste a expressão ‘dor de cabeça’, que não é só uma recorrente e paradigmaticamente desagradável experiência física, como pode significar também uma perturbação moral (‘Este menino só me dá dor de cabeça...’). O próprio sono é freqüentemente reduzido metonimicamente ao ‘descansar a cabeça’ (tanto no sentido físico como moral).”

“Além da dor de cabeça, as categorias de aflição ou opressão (pressão) na cabeça, reiteram o lado físico dessa representação da cabeça (e são centrais na sintomatologia do nervoso)...” “os aborrecimentos as amofinações, os problemas apresentam-se não só em si mesmos como ‘obstruções’ da vida, como se transpõem para a cabeça, obstruindo as idéias e causando alteração ou irritação dos nervos”. “... poder-se-á dizer que a perturbação nervosa altera as idéias e faz com que a cabeça fique ‘cheia’ de aborrecimentos, amofinações e problemas, que poderiam de outro modo, consistir em eventos regulares da luta cotidiana”.

Pudemos observar que as contribuições de Duarte são válidas e bastante representativas até os dias de hoje, no relato dos nossos pacientes termos freqüentemente utilizados tais como: “fraqueza nos nervos”, “ter os nervos alterados”, “hipertensão de fundo nervoso”, “evitar de sentir o nervoso”, foram associados a razões para manutenção do uso do diazepam. Os próprios médicos fornecem explicações sobre a doença atribuindo ao “nervoso” razões para o mal estar do paciente, conforme observamos em nosso estudo, em 3(7,3%) casos.

O planejamento de programas de treinamento aos profissionais que trabalham nas farmácias das UBS atentando para a importância da fidelidade aos registros, particularmente quando se trata de pacientes que utilizam psicofármacos cronicamente, seria muito importante para estabelecermos um diagnóstico fiel do panorama do uso crônico de substâncias. A partir daí, a elaboração de projetos voltados para ações preventivas e educativas, baseadas em registros fidedignos, qualificaria em muito o atendimento da população em serviços públicos.

Programas de orientação e acompanhamento dos pacientes são necessários, pois na maioria dos casos, estes não têm a menor preocupação com a utilização crônica de diazepam, ou quando se preocupam não encontram meios para interromper o consumo sem apresentar dificuldades relacionadas a sintomas de abstinência.

Abrir um diálogo com os usuários crônicos pode estabelecer razões muito particulares acerca do uso continuado. Cabe ao profissional, considerar todos estes fatores, e decidir, conjuntamente com o paciente, se este deve ou não interromper a utilização do medicamento.

O problema da dependência de BDZ, tem provocado exaustivas discussões entre os profissionais. O uso crônico, e características de personalidade podem aumentar o risco do paciente ficar dependente (Lijja, 1994). Existe uma grande necessidade de estudos mais detalhados dos processos relacionados ao início do consumo, continuidade, detecção de dependência e eventualmente estratégias para interromper o consumo.

A dependência de BDZ não deve ser o único fator a ser considerado quando o uso deste fármaco é prolongado, pois, nossos dados sugerem que poucos pacientes abusam ou se tornam severamente dependentes desses medicamentos, mesmo quando estes são obtidos sem receitas ou através de um percurso itinerante por consultórios ou serviços de urgência. Os riscos associados ao seu consumo prolongado, suas interações com outros diversos medicamentos e com álcool, o possível comprometimento motor em idosos e sua utilização sem a supervisão profissional são sim os verdadeiros elementos merecedores de atenção.

Um importante tema para discutir e reavaliar com médicos prescritores de BDZ seria a possibilidade dos pacientes manejarem, satisfatoriamente, seus sintomas de estresse sem a necessidade obrigatória de um BDZ. No caso dessa prescrição ser inexorável, caberia uma reavaliação do tempo mínimo de tratamento, bem como das quantidades desses medicamentos prescritos em uma única receita (Lijjá, 1994).

A indicação dos psicofármacos deveria ser muito criteriosa, bem como a manutenção e interrupção ou alta desses tratamentos. Mas, se a prescrição inicial de BDZ se dá com certa facilidade, infelizmente sua interrupção não tem merecido a mesma preocupação (Bertolote, 1997).

O estudo mostra também que grande parte dos usuários crônicos de diazepam já fez alguma tentativa de interromper seu consumo. Refletir sobre as razões que impedem o sucesso dessas tentativas de interrupção pode, com boa possibilidade de acerto, resvalar na natureza da relação médico-paciente. A maioria dos usuários crônicos de diazepam aqui avaliados, referiu não ter idéia clara sobre os motivos médicos para continuar recebendo essas prescrições e, menos ainda, alguma idéia para compreender a natureza de sua doença.

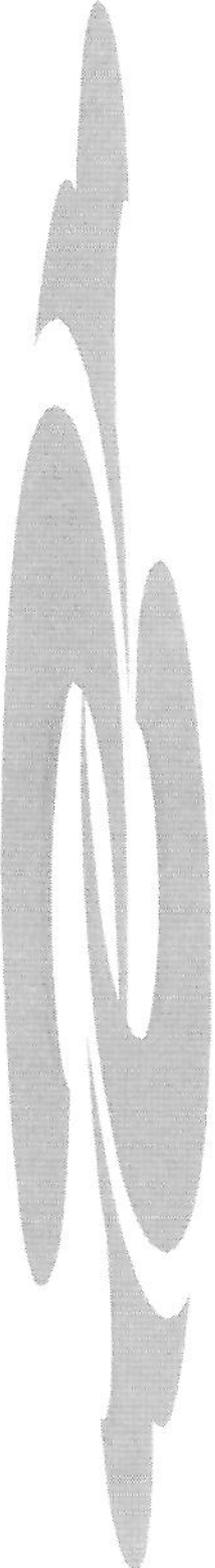
As dificuldades em interromper o uso dos BDZ contribuem muito para a cronificação de seu consumo e, certamente, isso poderá vir a se relacionar a algum padrão de dependência.

Em relação à repetição de prescrições anteriores de BDZ pelo clínico generalista, um dos objetos dessa pesquisa, parece que os fatores que a mantém indefinidamente diferem daqueles que determinaram a prescrição inicial. Na maioria das vezes, como se pode ver na pesquisa, mais do que a prescrição criteriosa de um tratamento

de manutenção, o clínico acaba promovendo sim, uma simples repetição de prescrições anteriores, perpetuando uma prática nem sempre respaldada pelos critérios terapêuticos formais.

É possível que esses pacientes venham recebendo periodicamente repetições das prescrições e, tanto eles quanto os médicos, tenham abandonado ou desistido da discussão deste assunto e avaliação desse “tratamento”. É também possível que, por comodidade, esteja havendo uma *medicalização* de problemas não médicos, como por exemplo, as questões existenciais e sociais adversas, ou ainda, tentativas eminentemente paliativas de contornar o *stress* cotidiano da vida mediante a prescrição de “tranquilizantes”.

Considerando a expressiva incidência dos problemas emocionais nos atendimentos médicos da rede pública, é decisiva a responsabilidade dos gestores dos serviços de saúde na orientação e educação continuada dos médicos que detém o direito à prescrição, atualizando assim seus conhecimentos sobre as patologias psíquicas e o arsenal terapêutico mais indicado para esses problemas. É igualmente decisivo que os profissionais da saúde reconheçam a importância da consciência do paciente sobre o seu diagnóstico e possibilidades de tratamento.



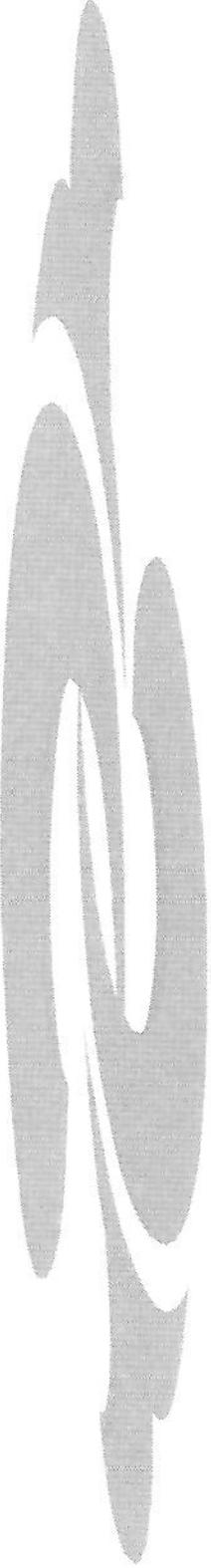
CONCLUSÕES

1. O estudo do consumo de diazepam, na região Noroeste do município de Campinas, contribuiu para a observação dos fenômenos ligados ao consumo crônico de diazepam no âmbito da saúde pública em nossa cidade. O fato de observarmos que, em Campinas, ainda hoje, o consumo de BDZ apresenta o mesmo cenário de uma década atrás, nos faz pensar que há uma necessidade de ampliar as discussões sobre o assunto, por parte dos responsáveis pela implantação das ações preventivas na área de saúde em nossa cidade.
2. Foi possível quantificar o consumo de diazepam em cada uma das UBS da região, no período de março de 1996 à fevereiro de 1998, sendo que as unidades de referência para atendimento em saúde mental agregam um número maior de usuários crônicos.
3. Em relação à identificação de pacientes que recebem prescrição, há necessidade da qualificação dos registros em geral, observando as normas da atual legislação para prescrição de psicotrópicos, de modo a facilitar o acesso aos dados de prescrição e consumo.
4. Em relação ao médico prescritor, assim como em outros estudos revisados por nós, os clínicos gerais seguido pelos psiquiatras forneceram um número maior de prescrições tanto para indicar o consumo pela primeira vez quanto para manutenção das prescrições.
5. Em relação à Dose Média Diária, observamos que não há uma diferença significativa entre homens (12,3 mg/d) e mulheres (10,9 mg/d), não existindo uma tendência para o aumento da dose com o aumento do tempo de utilização, reforçando os achados da maioria dos estudos.
6. Quanto ao perfil sociodemográfico, os nossos achados são coincidentes com a literatura no que diz respeito ao gênero feminino, mulheres estas que vivem sem companheiros e na faixa etária entre 50 a 69 anos. Já os aspectos ausência de vínculo empregatício, baixa escolaridade e situação econômica desfavorável, parecem ter sido relacionados ao nosso campo de estudo.

7. Em relação ao perfil diagnóstico, detectamos uma maior frequência de transtornos depressivos (63,4%) em relação aos demais diagnósticos. Apesar do grande número de queixas clínicas, poucos dos nossos pacientes preenchem critérios para transtornos somatoformes. Os critérios diagnósticos do SCAN para dependência só foram preenchidos por doze pacientes (29,2%). Faltam instrumentos específicos para a determinação do grau de dependência à BDZ em nosso meio.
8. Em relação ao padrão de uso crônico, nossos pacientes consomem diazepam, em média, há 10 anos, tomam seus comprimidos uma vez ao dia e preferencialmente à noite, na maioria dos casos.
9. A inobservância das orientações médicas em relação à prescrição foi referida com frequência (39%) no caso dos pacientes pesquisados, a maioria (76,9%) dos pacientes apresentou diversas tentativas frustradas de interromper o uso da medicação, a presença de sintomas significativos de abstinência foi marcante (87,8%). Estes achados são concordantes com a maior parte da literatura recente sobre o padrão de uso de BDZ.
10. A preocupação dos pacientes em relação ao uso crônico é baixa (30,2%), o hábito de “emprestar” a medicação é bastante comum em nosso meio (41,5%), não são encontradas na literatura pesquisada investigação acerca destas atitudes e comportamentos que nos parecem fundamentais nos processos de intervenção junto ao paciente.
11. Grande parte dos pacientes apresentaram diagnósticos clínicos associados (95,1% dos casos), porém não compreendem a natureza de sua doença. Essa falta de informação habitual dos usuários crônicos de BDZ é bastante intrigante, se considerarmos o fato desses pacientes estarem sendo acompanhados pelo mesmo serviço durante anos e mantendo-se regular a prescrição desses medicamentos. A opinião sobre BDZ, comumente superestimada, pode fazer com que o clínico, ao menos o clínico alvo da pesquisa, se sinta inclinado e seguro o suficiente para incorporar, com

destaque, o BDZ em seu arsenal terapêutico cotidiano, em detrimento de outros psicofármacos, no caso antidepressivos, eventualmente melhor indicados.

12. Nossos achados podem oferecer uma expressiva contribuição para ampliar as discussões sobre o tema e proporcionar novas abordagens dessa situação clínica, estimulando programas de intervenção, predominantemente no âmbito da saúde pública.



SUMMARY

The aim of this research was to investigate aspects related to long-term use of BDZ. For this, we studied 41 outpatients from primary care services in Campinas who had been taking prescribed benzodiazepines (BDZ) daily for a minimum of 3 years.

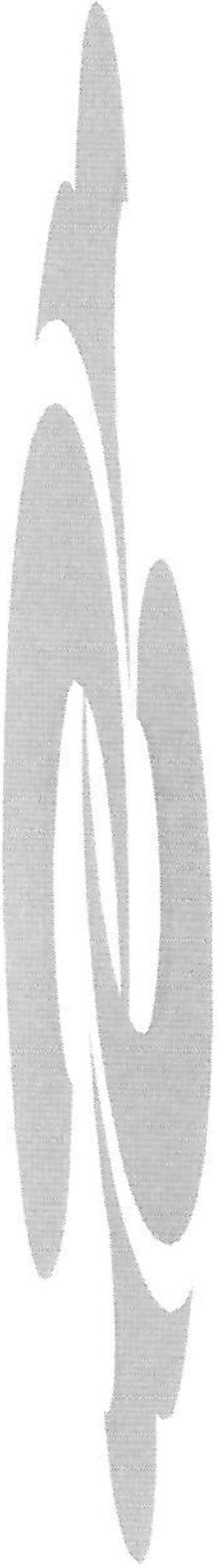
Our study was divided in two parts. First, we investigated the chronic use of medication, through examination of patient records, focusing on dosage and origin of prescription. On the second part of the study, sociodemographic details were collected using specific criteria (ABIPEME – Brazilian Association for Market Survey Studies). The patients were submitted to an investigation about associated diagnosis using structured psychiatric instruments (HAD – Hospital Anxiety and Depression Scale and SCAN - Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry).

The pattern of diazepam use and the drug effects on the subjects was examined using a semistructured interview designed to cover the following areas: reasons for use, drug effects, ways of managing their daily lives apart from the drug, perceptions of their doctor's attitude to the BDZ prescription, efforts to stop taking the tablets and their attempts to withdraw and ways in which they coped with difficulties, other than by using the tablets.

Our results showed that long term users tend to be white women, aged between 50-69 years old, not married, divorced or widows, low educational and sociodemographic levels, with depressive illnesses inappropriately diagnosed and treated with BDZ. There was no evidence of progressive increase in dosage and the chronic use was related to great difficulty in abandoning the medication because of a strong apprehension regarding the withdrawal symptoms.

We detected by means of the HAD 64% of probable anxiety cases and 69.2% probable depression cases. In the diagnosis established by SCAN we found 63.4% depressive symptoms, 29.6% benzodiazepine dependence, and 14.6% sleep disorders, among other diagnoses. We also found anxiety (7.3%) and somatic disorders (7.3%) in lower rates, among others.

Our conclusion points to the absence of specific diagnostic instruments to measure BDZ dependence in Brazil and to the recognized value of establishing guidelines for BDZ prescription and intervention programs based on orientation of patients and professionals of the public health system of our city.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida, L M , Coutinho, E S F , Pepe, V L E. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: A Ilha do Governador Cad Saúde Publ 1994; 10(1): 05-16 jan/mar Rio de Janeiro.
2. Almeida OP, Ratto L, Garrido R, Tamai S, Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21(3).
3. Almeida PM, De & Wickerhauser H, O critério ABA/ABIPEME - em busca de uma atualização 1991.
4. Alsen M, Ekedahl A, Lowenhielm P, Nimeus A, Regnell G, Traskman-Bendz L. Medicine Self-Poisoning And The Sources Of The Drugs In Lund, Acta Psych Scan 1994 Apr, 89(4):255-261 Sweden.
5. APA – American Psychiatric Association /DSM-IV Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais Ed. Artes Médicas Sul LTDA 1994 (versão eletrônica)
6. Ballone, GJ, Ribeiro, CS, Marchi, R. Auto percepção da angústia em psiquiatras. <http://sites.uol.com.br/gballone/acad/ansiedade.htm>
7. Beaumont G. Long term use of benzodiazepines: the views of patients Br J Gen Pract 1990; 40(334):194-196.
8. Benet LZ. Ideals and innovation: drugs, generics, the FDA, and the pharmacist. Rho Chi Lecture.DICP 1991 Apr;25(4):427-30
9. Bernik MA. Conseqüências adversas do uso continuado de tranquilizantes benzodiazepínicos: tolerância, dependência e prejuízos nos desempenhos individuais Tese de doutoramento 1995. Rev Psiq Clin 1996/1997; 23/24(4/1-3):36-38.
10. Bernik MA, Gorenstein C, Vieira Filho AH. Stressful reactions and panic attacks induced by flumazenil in cronic benzodiazepine users J Psychopharmacol 1989; 12(2):146-50.
11. Bernik MA, Soares MBM, Soares CN. Pbenzodiazepínicos. Padrões de uso, tolerância e dependência. Arq Neuro-Psiquiat 1990; 48(1):131-137

12. Bertolote JM. O uso racional de medicamentos em psiquiatria: Conceitos e princípios. O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos. Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental Divisão de Saúde Mental e Prevenção De Tóxico Manias Rio de Janeiro 22-23 Nov/1997.
13. Bish A, & Golombok S, The role of coping strategies in protecting individuals against long-term tranquilizer use. *Brit Journal of Medical Psychology* 1996 69: 101-115
14. Botega NJ e Cols «Mood Disorders among medical in-patients: a validation study of the Hospital Anxiety and Depression scale » ou «Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão» *Rev Saúde Pública* 1995; 29:355-63.
15. Botega NJ e Cols Morbidade psiquiátrica no hospital geral: utilização da edição revisada da "Clinical Interview Schedule - CIS-R" *Revista ABP-APAL* 1994; 16(2): 57-62.
16. Buckley NA, Whyte IM, Dawson AH, McManus PR, Ferguson NW Self Poisoning In Newcastle, *Med J Aust* 1995 Feb 20, 162(4): 190-193
17. Busto U E, Ruiz I Benzodiazepine use in Chile: impact of availability on use, abuse, and dependence *J Clin Psychopharmacology* 1996; 16:(5) 363-72.
18. Calil LC , Bisson F Prescrição de psicofármacos por médicos clínicos *Rev Bras Med set* 1996; 53(9) 912-17.
19. Carlsten A, Waem M, Allebeck P. Suicides by drug poisoning among the elderly in Sweden 1969-1996 *Soc Psychiatry Epidemiolo* Nov 1999; 34 (11):609-14.
20. Carlini EA Preliminary note: dangerous use of anticholinergic drugs in Brasil *Drug and Alcohol Dependence* Elsevier Scientific Publishers Ireland 1993; 32: 1-7
21. Corrêa ACO. Depressão e poliqueixas no idoso. *J bras Psiq* 1997, 46 (1) 13-16
22. DIMED – Ministério da Saúde – portarias 3/84, 4/84 e 5/84 D.O.U. de 08/06/1984.
23. Duarte, LFD Da vida nervosa: pessoa e modernidade entre as classes trabalhadoras urbanas. Tese de doutoramento apresentada ao programa de pós graduação em Antropologia social da Universidade Federal do Rio de Janeiro 1985.

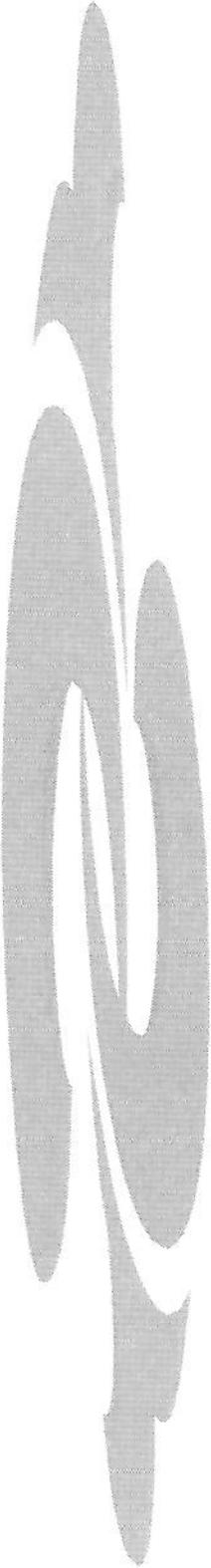
24. Eddy NB, Halbach H, Isbell H, Seevers MH. Drug dependence: its significance and characteristics. *Bull World Health Organ.* 1965;32(5):721-33.
25. Edwards G, Alcoholism: a controlled trial of treatment and advice 1977. *J. Stud Alcohol,* 38: 1004-31
26. Escrivá FR, Pérez DA, Lumbreras GC, Molina PJ, Sans CT, Corral S. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalencia, como es su consumo y características del consumidor. Benzodiazepine prescription at a health center: prevalence, its use and user characteristics. 2000; *Ate Primaria* 25(2): 107-10.
27. Firth-Cozens, J. - Stress in medical undergraduates and house officers. *Br. J. Hosp. Med.* 1989 Feb; 41(2):161-4
28. Goodman & Gilman. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica.* 6ª ed. Vol.1: 384-389. RJ Guanabara - Koogan 1983.
29. Hawley CJ, Tattersall M, Dellaportas C, Hallstrom C. Comparison of long-term benzodiazepine users in three settings. *Br J Psychiatry* Dec 1994; 165 (6): 792-796.
30. Herschbach, P. - Stress in the hospital: stresses on nurses and physicians. *Psychother. Psychom. Med. Psychol.* 1991 May; 41(5):176-86
31. Holm M. Prescription of benzodiazepines in general practice in the County of Aarhus, Denmark. *Dan Med Bull* 1988; 35: 495-9
32. Holm M. One year follow-up of users of benzodiazepines in general practice. *Dan Med Bull* 1990; 37:188-91
33. Holm M. Patients attitude to long term use of benzodiazepines - A questionnaire study. *Ugeskrift for Laeger* Jul, 1991;153 (27):1933-37.
34. Holm M, Husted J, General practitioners' attitudes to prescription of psychotropic drugs. Autonomy versus paternalism, education and understanding of disease. *Ugeskrift for Laeger* 1991; 153: 1929-33.
35. Huf G, Lopes CS, Rozenfeld S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cad. Saúde Pública* Apr/June 2000 vol. 16 n.2 Rio de Janeiro.

36. Isaac G, Benzodiazepínicos de curta e longa ação. *J Bras Psiq* 1986; 35(1): 29-32.
37. Jaffe SL. Intranasal abuse of prescribed methylphenidate by an alcohol and drug abusing adolescent with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991 Sep;30(5):773-5.
38. Jurica, J.V., Baumgardner, D.J., Lawrence, S.L. - Graded exercise stress test training in family practice and internal medicine residencies. *J. Fam. Pract.* 1989 Nov; 29(5):537-41
39. Karniol IG, Botega NJ, Maciel, RR, Moreira, MEA, et al. Uso e abuso de benzodiazepinas no Brasil. *Revista da ABP-APAL* vol. 8, (1), 30-35.
40. Keller, K.L., Koenig, W.J.,- Management of stress and prevention of burnout in emergency physicians. *Ann. Emerg. Med.* 1989 Jan.; 18(1):42-7
41. King MB, Gabe J, Williams P, Rodrigo EK. Long term use of benzodiazepines: the views of patients. *Br J Gen Pract.* 1990 May;40(334):194-6.
42. Lens, P., Van Der Wal, G. - A Study of Dysfunction in Specialists. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 1994 May; 138(22):1127-31
43. Liija J, Larsson S. Social pharmacology : Unresolved critical issues. *The international Journal of the Addictions* 1994; 29(13), 1647-1737.
44. Lima MS, Soares BGO & Mari JJ Saúde e doença mental em Pelotas, RS: Dados de um estudo populacional. *Rev Psiq Clín*1999; 26(5) Ed. Especial:225-235.
45. Mari JJ, Almeida-Filho N, Coutinho E et al. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. *Psychol Med* 1993; 23:467-74
46. Malcom L&Sally M. Benzodiazepine problems. *British Journal of Addiction* 1991; 86, 833-828.
47. Marques MB. Em busca de um fórum para bioética na política pública do Brasil. *Cad Saúde Pública*, out-dez 1996; Rio de Janeiro, 12(4): 443-454.
48. Meckler K, Cardoso LS, Almeida RSP. Estudos qualitativos em saúde mental: uma introdução

49. Michel K, Arestegui G, Spuhler T, Suicide And Psychotropic Drugs In Switzerland
Pharmacopsychiatry 1994 May, 27(3):114-118.
50. Minayo M C S, Desafio do Conhecimento 4ª ed 1996. p.26
51. Nappo SA, Carlini, EA . Benzodiazepínicos no Brasil: um perfil do consumo nos anos de 1988 e 1989 J bras Psiq. 42(6):313-319, 1993
52. Oggero U. Indicações dos Benzodiazepínicos. J Bras Psiq 1986; 35(1):25-29.
53. OMS. O Uso Racional de Medicamentos Psiquiátricos. Relatório do Encontro dos Centros Colaboradores da OMS no Brasil para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental Divisão de Saúde Mental e Prevenção De Tóxico Manias Rio de Janeiro 22-23 Nov/1997.
54. OPAS Benzodiazepinas. Informacion normalizada sobre receitas Bol Of Sani Panam 1992;113(1): 73-4.
55. Paprocki J. O emprego de ansiolíticos benzodiazepínicos pelo clínico geral e por especialistas não psiquiatras. Bol CBPTD Supl Arq bras Med 1990 64(5): 305-312.
56. Pfaffenbach GMA. Estudo de utilização de medicamentos em contexto hospitalar: Exemplo dos benzodiazepínicos. Dissertação de mestrado apresentada à UNICAMP - 1997.
57. Poyares DLR. Efeitos do uso crônico de benzodiazepínicos, da sua retirada gradual e do tratamento com valeriana no sono de pacientes com insônia. Tese de doutoramento apresentada à universidade Federal de São Paulo 1997
58. Resolução 196/96 - Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos - Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde,1996. CNS.
59. Samuel, S.E., Lawrence, J.S., Schwartz, H.J., Weiss, J.C., Seltzer, J.L. - Investigating stress levels of residentes: a pilot study. Med. Tech. 1991; 13(1):89-92
60. Sarraceno B, Cohen D, Tognoni G. O Uso dos Psicofármacos na Clínica, (tradução de Willians Valentini) Brasília: Ministério da Saúde Secretaria de Assistência à Saúde Coordenação de Saúde Mental;1994.

61. Salako LA, Adadevoh BK. Patient attitudes, understanding and consumption of prescribed drugs. *West African Medical Journal and Nigerian Medical and Dental Practitioner* oct 1972; 21(5):140-3.
62. Seibel SD. O uso, abuso e a dependência de drogas: da teoria à prática num serviço universitário no Brasil. Tese de Doutorado apresentada à UNICAMP- FCM - 1995.
63. Sêneca, L.A. - Da Tranqüilidade da Alma. Os Pensadores, ed. Abril S.A., S.Paulo, 1973
64. Smith DE, Landry MJ. Benzodiazepine dependency discontinuation: focus on the chemical dependency detoxification setting and benzodiazepine-polidrug abuse. *J. Psychiatr. Res.*, 1990 24(2): 145-56.
65. Sougey, EB, As escalas de avaliação nos ensaios clínicos com benzodiazepínicos. A propósito ca Escala de Ansiedade de Hamilton *J bras Psiq.* 1987; 36 (1): 49-53
66. Spizzirri G, Arantes H. Bases neurofisiológicas da dependência a benzodiazepínicos. *Ver Brás Méd* 44 (10) 239 out 1987
67. Tancredi F B, Consumo de medicamentos benzodiazepínicos no Brasil: 1970 a 1985 - Análise comparativa das tendências. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo Junho 1986
68. Taylor S, McCracken CFM, Wilson KCM, Copeland JRM. Extent and appropriateness of benzodiazepine use. Results from an elderly urban community. *BJPsychiat* 1988; 173: 433-438
69. Tiller, J W G Reducing the use of benzodiazepines in general practice. *BMJ* Jul 1994; 309 (6946): 3-4 [EDITORIAL]
70. Veiga-Neto AJ, A ordem das disciplinas. Tese de doutorado apresentada à UFRGS — Universidade Federal do Rio Grande do Sul 1996. <file:///C:/WINDOWS/TEMP/tesefoucault.htm>
71. Versiani M, Ansiolíticos benzodiazepínicos. *J bras Psiq* 198635(1):20-24.
72. Woods J H, Katz JL & Winger G. Benzodiazepines: Use, abuse and consequences. *Pharmacological Reviews* 1992; 44: (1) 358.

73. Wortmann AC, Grütner MC, Fialho AF & cols Consumo de benzodiazepínicos em Porto Alegre. Rev Ass Med Brasil 1994; 40(4): 265-70.
74. Zanini-Oga Farmacologia Aplicada 5ª Ed 1993 p. 386.
75. Zigmond AS & Snaith RP The hospital anxiety and depression scale. Acta Psych Scand 1983; 67: 361-70.
76. WHO – Review group Use and abuse of benzodiazepines. Bull. World Health Org., (1983) 61, 551-562.
77. WHO - Schedules for Clinical Assesment in Neuropsychiatry Version 2.0 GLOSSARY - Differential definitions of SCAN items and commentary on the SCAN text Us Department Of Health And Human Services Public Health Service Centers Of Disease Control - Epidemiologia em microcomputadores Epi Info Versão 5 01b.



ANEXOS

ANEXO I: Termo de consentimento

ESTE PROJETO DE PESQUISA TEM POR FINALIDADE ESTUDAR O USO DE DIAZEPAM PELOS PACIENTES ATENDIDOS NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, PARA TANTO, SERÁ REALIZADA UMA AVALIAÇÃO DE SUA CONDIÇÃO PSICOLÓGICA E SOCIAL.

Responsáveis pela pesquisa:

Dra. Carmen Sylvia Ribeiro

Prof. Dr. Neury José Botega

É IMPORTANTE QUE VOCÊ SAIBA:

1. SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA
2. SUA IDENTIDADE NÃO SERÁ REVELADA EM MOMENTO ALGUM.
3. EXISTE A LIBERDADE DE ABANDONAR O PROJETO A QUALQUER MOMENTO SEM NENHUM PREJUÍZO À SUA PESSOA.

TERMO DE CONSENTIMENTO:

EU, _____,
DECLARO QUE FUI INFORMADO DOS OBJETIVOS DA PESQUISA E
CONCORDO EM PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE DESTA PROJETO.

ASS _____

DATA: ___/___/___

ANEXO II: Grade de consumo de Diazepam aplicada por unidade, consumo mensal por paciente, tempo de uso e dose média diária (DMD)

| | | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | JAN | FEV | t uso | DMD |
|------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| NOME DO PACIENTE | 1 | 30 | 40 | 20 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | | 9 | 10 |
| | 2 | 30 | | 30 | | | 30 | | 30 | 30 | | | 30 | 6 | 10 |
| | 1 | | 30 | 30 | 30 | | 30 | | 30 | | 30 | | 30 | 7 | 10 |
| | 1 | 30 | 30 | | 60 | | 30 | | 30 | | 30 | | 30 | 7 | 11,43 |
| | 2 | 30 | | | | 60 | | 30 | | | 60 | | 60 | 5 | 16 |
| | 1 | 21 | | 30 | 60 | 20 | 90 | 60 | 90 | 60 | 30 | 30 | 30 | 11 | 15,79 |
| | 2 | | 30 | | 30 | | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | | 60 | 8 | 11,25 |
| | 2 | 30 | 30 | | 30 | | 60 | | 30 | | 30 | | 30 | 7 | 11,43 |
| | 2 | | | | | | 20 | 100 | | 60 | 60 | | 60 | 5 | 20 |
| | 2 | 60 | 60 | 60 | 60 | | 60 | 30 | | 90 | 60 | | 50 | 9 | 19,63 |
| | 2 | | | | | | | | 30 | 30 | 45 | 60 | 30 | 5 | 13 |
| | 2 | | | | | | 40 | | | | | | | 11 | 1,212 |
| | 2 | | 15 | 16 | 15 | 30 | 20 | 30 | | 30 | | 15 | 30 | 9 | 7,444 |
| | 2 | | | | | | 60 | | | 60 | 30 | 30 | 30 | 5 | 14 |
| | 1 | 30 | | | 60 | | 30 | | | 30 | | | 30 | 5 | 12 |
| | 2 | | 30 | | | | 30 | | 60 | | | 30 | 60 | 5 | 14 |
| | 1 | | 45 | 15 | 45 | | | | 45 | 45 | | 90 | | 6 | 15,83 |
| | 1 | | | 30 | 35 | | | 30 | 40 | 30 | 30 | 30 | | 7 | 10,71 |
| | 2 | 30 | | | | | 30 | | 30 | 30 | | | 30 | 5 | 10 |
| | 2 | 30 | | 30 | | 50 | 30 | | 30 | | | 30 | | 6 | 11,11 |
| | 2 | | 30 | | 30 | | | | 30 | 30 | 10 | | | 5 | 8,667 |
| | 2 | | 30 | | 30 | 30 | | 45 | | | 20 | | 30 | 6 | 10,28 |
| | 2 | | 30 | | | | | | | 30 | 30 | 30 | 30 | 5 | 10 |
| | 2 | | 30 | | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | | 30 | 30 | 9 | 10 |
| | 2 | | 90 | 30 | 60 | 60 | 60 | | 120 | | 90 | | 60 | 8 | 23,75 |
| | 2 | 60 | | 60 | 60 | | 20 | 30 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 10 | 17,67 |
| | 2 | | 30 | 30 | 30 | | 30 | | 30 | 30 | 30 | 30 | | 8 | 10 |
| | 2 | | 30 | | | 30 | | 30 | | | 30 | 30 | | 5 | 10 |
| | 2 | | | | 30 | | 30 | 30 | 30 | | 30 | 20 | | 6 | 9,444 |
| | 2 | | | 30 | | | | | | 40 | 30 | 30 | 30 | 5 | 10,67 |
| | 2 | | | 30 | | 30 | | 30 | | 60 | | | 20 | 5 | 11,33 |
| | 1 | 30 | | | 30 | | | | 30 | | | 30 | 30 | 5 | 10 |
| | 1 | | 30 | | 30 | | | 30 | | | 30 | | 30 | 5 | 10 |
| | 2 | 30 | 30 | 30 | | | 60 | | 30 | 30 | | 30 | | 7 | 11,43 |
| | 2 | 60 | | | 30 | | 60 | | | 30 | | 30 | | 5 | 14 |
| | 2 | 30 | | 60 | | 60 | | 60 | | 30 | 30 | | | 6 | 15 |
| | 2 | | 30 | 30 | 60 | 60 | 60 | | | | | | | 5 | 16 |
| | 1 | 120 | 30 | 60 | 30 | | 90 | | | 60 | | | | 6 | 21,67 |
| | 2 | 10 | 10 | 30 | | | | | 60 | | 30 | | | 5 | 9,333 |
| | 2 | | 30 | | 30 | 30 | | 30 | | | 30 | | 30 | 6 | 10 |
| | 2 | 20 | 120 | 60 | 60 | 40 | | 60 | 60 | | 60 | 60 | 30 | 10 | 19 |
| | 1 | | | | 40 | | | 60 | 30 | 30 | 30 | | 30 | 6 | 12,22 |
| | 1 | 60 | | 60 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 10 | 13 |
| | 2 | | | | | | | 30 | 30 | 30 | | 20 | | 6 | 6,111 |
| | 2 | | | 60 | | | 60 | | 60 | 60 | | | 30 | 5 | 18 |

ANEXO III: Questionário de dados Sociodemográficos:

A. NOME DO EXAMINADOR:.....

B. ESPECIALIDADE DO EXAMINADOR:.....

1. NOME DA PACIENTE:

2. RH:..... IDADE:..... SITUAÇÃO CONJUGAL.....

3. ETNIA (COR DA PELE).....

4. NATURAL DE:.....

ÁREA: () URBANA () SEMI-URBANA () RURAL ONDE VIVEU ATÉ ANOS. DEPOIS.....

5. NACIONALIDADE:.....

6. RESIDÊNCIA: - CIDADE BAIRRO:..... RUA..... NÚMERO:..... CEP:.....

ÁREA DA CIDADE: () URBANA () SEMI-URBANA () RURAL

TELEFONE P/ CONTATO:..... REFERÊNCIA.....

HÁ QUANTOS ANOS MORA EM CAMPINAS?.....

TEM FAMILIAR NA CIDADE? QUEM?.....

7. RELIGIOSIDADE: RELIGIÃO:..... TEMPO:.....

FREQUÊNCIA À IGREJA NO ÚLTIMO MÊS: SEGUNDA RELIGIÃO:.....

..... TEMPO:..... FREQUÊNCIA:.....

8. ESCOLARIDADE: ANOS CURSADOS COM SUCESSO..... MOTIVO ABANDONO

9. PROFISSÃO:.....

VÍNCULO EMPREGATÍCIO: OCUPAÇÃO ATUAL:.....

* PROFISSÃO DA PESSOA DE MAIOR RENDA DA FAMÍLIA:.....

[R1]..... VÍNCULO COM PACIENTE.....

*NÍVEL DE ESCOLARIDADE DESTA PESSOA:.....

ANEXO IV: Critério da ABIPEME para classificação socioeconômica

| Instrução do chefe da família | | Classes | | | | | | Limites de Ponto | |
|-----------------------------------|-----------|---------|----|----|----|----|----------|-------------------|--|
| Analfabeto ou primário incompleto | 0 pontos | A | | | | | | 89 pontos ou mais | |
| Primário | 5 pontos | B | | | | | | 59 a 88 pontos | |
| Ginásio | 10 pontos | C | | | | | | 35 a 58 pontos | |
| Colegial | 15 pontos | D | | | | | | 20 a 34 pontos | |
| Superior | 21 pontos | E | | | | | | 0 a 19 pontos | |
| Número de itens possuídos | Nenhum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 e mais | | |
| Itens de posse | | | | | | | | | |
| Carros possuídos | 0 | 4 | 9 | 13 | 18 | 22 | 26 | | |
| TV a cores | 0 | 4 | 7 | 11 | 14 | 18 | 22 | | |
| Banheiros | 0 | 2 | 5 | 7 | 10 | 12 | 15 | | |
| Empregadas mensal | 0 | 5 | 11 | 16 | 21 | 26 | 32 | | |
| Rádios | 0 | 2 | 3 | 5 | 6 | 8 | 9 | | |
| Máquina de lavar | 0 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | |
| Vídeo cassete | 0 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | | |
| Aspirador de pó | 0 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | | |
| Geladeira | 0 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | | |

ANEXOV: Escala de ansiedade e depressão - HAD

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Nunca
-

D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim do mesmo jeito que antes
1 () Não tanto quanto antes
2 () Só um pouco
3 () Já não sinto mais prazer em nada
-

A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim e de um jeito muito forte
2 () Sim mas não tão forte
1 () Um pouco mas isso não me preocupa
0 () Não sinto nada disso
-

D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Atualmente um pouco menos
2 () Atualmente bem menos
3 () Não consigo mais
-

A Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Raramente
-

D Eu me sinto alegre

- 3 () Nunca
2 () Poucas vezes
1 () Muitas vezes
0 () A maior parte do tempo
-

A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
 - 1 () Muitas vezes
 - 2 () Poucas vezes
 - 3 () Nunca
-

D Estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
 - 2 () Muitas vezes
 - 1 () De vez em quando
 - 0 () Nunca
-

A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
 - 1 () De vez em quando
 - 2 () Muitas vezes
 - 3 () Quase sempre
-

D Eu perdi o interesse em cuidar de minha aparência:

- 3 () Completamente
 - 2 () Não estou mais me cuidando como eu deveria
 - 1 () Talvez não tanto quanto antes
 - 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes
-

A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
 - 2 () Bastante
 - 1 () Um pouco
 - 0 () Não me sinto assim
-

D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir

- 0 () Do mesmo jeito que antes
 - 1 () Um pouco menos que antes
 - 2 () Bem menos que antes
 - 3 () Quase nunca
-

A De repente sinto a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
 - 2 () Várias vezes
 - 1 () De vez em quando
 - 0 () Não sinto isso
-

D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
 - 1 () Várias vezes
 - 2 () Poucas vezes
 - 3 () Quase nunca
-

ANEXO VI: SCAN

(Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry Versão 2.0)

ESCALA I - (SEÇÕES 3-6)

0. índice positivo de ausência (não inclui dúvidas ou respostas incertas)
 1. índice positivo de presença de sintomas leves
 2. índice positivo de sintomas de moderada gravidade com duração na maior parte do período investigado
 3. índice positivo de sintomas de gravidade severa durante grande parte do período investigado
 5. a presença de sintomas psicóticos prejudicou a avaliação ou porque a interpretação do paciente foi distorcida ou porque os sintomas psicóticos podem servir de base para os sintomas atuais (ex pânico ou fobias)
 8. se, após uma investigação adequada o entrevistador não está certo se um sintoma está ou não presente
 9. esta pontuação é utilizada apenas quando a informação está de alguma maneira incompleta em algum aspecto, seja por falta de cooperação do entrevistado, suas dificuldades cognitivas, ou por que o entrevistador não investigou adequadamente ou não aprofundou a investigação dos sintomas (é neste particular que se difere da pontuação 8. pois naquela houve uma investigação acurada dos sintomas)
-
-

ESCALA II - (SEÇÃO 6 - HUMOR OU IDEACÃO DEPRESSIVOS)

1. breves episódios de humor clinicamente depressivos devem ocorrer . O critério para pontuação 1. Deve ser um período de duração de pelo menos dois dias. Alterações de humor de breve duração devem ser incluídas se estiverem presentes repetidas vezes durante o período investigado. Se a pontuação for 1. Sempre aplique o ponto de corte
 2. A intensidade é variável, a depressão às vezes é severa ou mesmo ausente. Pode ocorrer depressão profunda mas por curtos períodos ou mesmo algumas horas. Na maioria dos casos, depressão neste score deve durar 14 dias ou mais para ser pontuada 2., porém mudança de humor \de breve duração devem ser incluídas se houver vários episódios repetidamente no período
 3. depressão profunda por longos períodos de tempo sem variação. Há episódios de choro sem motivo aparente, ou apatia e estupor. A mente está ocupada por preocupações depressivas, é muito difícil para o indivíduo prestar atenção em algo mais. Depressão deste grau geralmente dura mais de 14 dias.
-
-

SCAN - Seção 6 : Ideação e humor depressivo

Lembre-se que as seções não precisam ser avaliadas na ordem numérica. Se for mais apropriado avaliar primeiro itens da seção 7 ou 8 relevantes ao humor depressivo, esta é a ordem correta.

Sintomas de depressão

Antes de avaliar qualquer item que eventualmente esteja presente, sempre estabeleça se houve um período de “normalidade” antes do início dos sintomas. Os sintomas serão considerados presentes se houver um claro desvio de um estado prévio, quando o sintoma era ausente.

Distímia

É uma condição persistente de desesperança e tristeza com duração de 2 anos ou mais: com perda de sono, baixa energia, tédio vital (“tedium vitae”) e sentimento de insuficiência. Há períodos de humor normal, sem incapacitação. Se a respostas às primeiras questões sugerir uma condição crônica, complete a Seção 6, e também os itens **6.044-6.070**.

Episódios depressivos recorrentes breves

Complete a seção 6. Depois avalie os itens 6.072-6.076.

- Posso fazer algumas perguntas sobre sentimentos de tristeza e depressão?

6.001 Humor depressivo

Você tem estado deprimido recentemente (no período...)?

Você descreveria seu humor como triste, desencorajado, melancólico, desesperançado ou profundamente deprimido?

Isto é leve, moderado ou grave?

Quanto tempo você fica bem?

E quanto tempo você realmente fica deprimido?

Quando foi a última vez que você se sentiu no seu estado habitual?

Use a **Escala I**

PULE >> 6.003 SE 6.001<2

6.002 Duração em semanas de humor depressivo durante o período

Há quanto tempo você vem se sentindo assim?

Quando foi a última vez que você sentiu-se livre dos sintomas?

Se 6.001 for pontuado entre 1-3, pergunte:

O que você pensa que é a causa?

Avalie as respostas para os itens da Seção 13.

6.003 Depressão ‘mascarada’

1 As circunstâncias sugerem que humor depressivo deve estar presente, mas o entrevistador tem dúvidas (continue abaixo do ponto de corte)

2 Muito provável a presença de depressão do humor mascarada.

6.004 Lágrimas nos olhos e chorosidade

Você sempre tem vontade de chorar?

Você realmente chora?

Com que frequência isto acontece?

Desde quando?

O que o faz iniciar o choro?

Leve= Lágrima nos olhos

Moderado= Choroso

Grave= longos períodos de choro, quase todos os dias, durante longos períodos de tempo

- Não conseguir chorar sugere gravidade mas não inclua aqui

Use Escala I, se <2 anos considere Distimia

ANEXO VII: Modelo de entrevista sobre o padrão de uso de diazepam

Nome: _____

FF: _____ Faz tratamento de saúde nesta unidade? () sim () não

Qual tipo de tratamento realiza? _____

Onde? () consultório/convênio () público _____

Há quanto tempo freqüente esta unidade para tratamento de saúde? _____

Quais os medicamentos que tem feito uso ultimamente? () para pressão alta () para o coração
() para diabetes () para gastrite () para nervoso () outros, qual? _____

Tem feito uso de diazepam há quanto tempo? _____

Qual a dose diária de uso? _____

Que idade tinha quando usou pela primeira vez este medicamento(diazepam)? (_____)

Qual foi o médico que prescreveu diazepam pela primeira vez?
() clínico geral () G.O () pediatra () psiquiatra () neurologista
() outra especialidade qual? (_____) () não se lembra

Na sua idéia qual foi a razão pela qual o seu médico lhe prescreveu o diazepam? _____

Você tem usado o diazepam conforme a prescrição de seu médico?
() sim sempre () sim às vezes () usa sem prescrição () usa fora dos horários prescritos
() usa menos do que o prescrito () usa mais vezes que o indicado pelo médico e em quantidade maior

Você usa o diazepam durante o dia?
() sempre () ocasionalmente () raramente () nunca

Você já usou diazepam por "sua conta"? Em que situações? _____

Alguma vez você por estar desesperado ou com vontade de fugir de tudo ou da vida tomou diversos cp de diazepam de uma vez? Conte como foi... _____

Você já chegou a usar este medicamento e passar mal ou precisar de atendimento de urgência? () não () sim

Foi acidental () intencional ()

Você conhece alguém mais que usa este medicamento? () não () sim
() vizinhos () amigos () familiares quem? _____

Alguma vez você já emprestou seu remédio para alguém da família? Ou amigos e vizinhos?
() não () sim Com que freqüência isto acontece _____

Alguma vez você "indicou" seu remédio para alguém? Com que freqüência/constância/
Conte como foi... _____ Você orientou esta pessoa para buscar ajuda profissional??

Você já utilizou outra unidade de saúde para "pegar" seu diazepam?
Qual? _____ Porque? _____

Alguma pessoa de sua família tem algum destes problemas de saúde?
() Hipertensão () Diabetes () Alcoolismo () Dependência de outras drogas
() nervoso () problemas psiquiátricos qual? _____

Você faz algum tratamento para problemas emocionais? Local _____

Qual o tipo de tratamento que você faz? () psiquiatria clínica () psicoterapia

Você já teve alguma internação psiquiátrica? Poderia dizer o motivo? _____

Alguma vez o seu médico explicou qual a sua doença? _____

Você tem alguma idéia do porque seu médico continua receitando diazepam no seu caso? _____

Você utiliza alguma maneira para evitar o uso de diazepam? Qual? _____

Você usa alguma destas maneiras para diminuir seu nervoso ou tristeza?
() alguma atividade física
() algum recurso de fé (ir à igrejas, templos, orações)
() usar chás (como cidreira, camomila, ou outros...)
() fumar
() tomar bebidas alcoólicas

Já aconteceu de você apagar-se à sua fé (por exemplo procurar um padre ou pastor ou um médium) quando esteve em uma situação de nervoso ou tristeza? Com que freqüência isto acontece? _____

Quando foi a última vez que utilizou um recurso de fé para resolver seus problemas? _____

Você faz algum tipo de atividade física regular?(Caminhada, ginástica etc...) Qual? _____

Freqüência desta atividade física: eventual () semanal () diária ()

Se você perceber que seu diazepam terminou à noite num momento em que não pode obter mais imediatamente qual seria a sua reação?
() aguardaria o dia da sua consulta com o médico () pediria emprestado (a quem? _____)
() iria ao C.S. pela manhã pedir uma receita () procuraria um P.S. para conseguir uma receita
() tentaria comprar numa farmácia mesmo sem receita () outra Qual? _____

Você tem dificuldades quando fica sem utilizar o diazepam? Quais? _____

Alguma vez você já tentou parar o uso do diazepam e não conseguiu?
() foi por sua própria iniciativa () foi uma indicação do médico para que parasse

Relate como você se sentiu... _____

Qual, na sua opinião, é a razão para você continuar a usar o diazepam? _____

Você tem alguma preocupação por usar este medicamento por um longo período? _____ Qual é?

Se o diazepam não fosse fornecido pelo serviço público de saúde você pagaria por uma consulta para obter a medicação?
() não. Porque? _____
() sim. Porque? _____

