




## CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO BÁSICA

### CHARACTERIZATION OF BENZODIAZEPINE USERS IN PRIMARY CARE

### CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS DE BENZODIAZEPINAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

 <https://doi.org/10.56238/levv17n59-049>

Data de submissão: 24/03/2026

Data de publicação: 24/04/2026

**Miriam de Prodocimi**

Mestre em Psicologia e Saúde

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp)

**Kazuo Kawano Nagamine**

Doutor em Ciências da Saúde

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp)

#### RESUMO

A literatura sobre uso abusivo de benzodiazepínicos é extensa com vários estudos em diversos países que confirmam o fenômeno e destacam uso a longo prazo. A Associação Médica Brasileira esclarece que a dependência de benzodiazepínicos apresenta peculiaridades em relação a outras formas de dependência, pois ocorre em doses muito próximas às terapêuticas. A orientação é que as ações para reduzir o uso dessa classe medicamentosa devem se concentrar dentro dos serviços que integram a rede da atenção básica à saúde. Assim o objetivo desse estudo é caracterizar o grupo de usuários e dependentes de benzodiazepínicos a fim de trazer à tona questões desconsideradas até o momento. Trata-se de um estudo transversal de cunho quantitativo com aplicação de questionário aos usuários e dependentes de benzodiazepínicos em cinco unidades de saúde da atenção básica do município de Votuporanga/SP. Os resultados trazem números preocupantes em relação ao tempo de uso de benzodiazepínicos associado a antidepressivos, a média entre as unidades foi de 100 meses ou 8 anos, quando a orientação é que seja no máximo 3 meses. O sexo feminino se destaca e a média de idade é 57,5 anos, com baixo nível de escolaridade. Questões relacionadas ao sexo feminino e a essa faixa etária merecem maiores investigações.

**Palavras-chave:** Benzodiazepínicos. Dependência Física. Saúde Mental. Atenção Básica à Saúde.

#### ABSTRACT

The literature on benzodiazepine abuse is extensive, with several studies in various countries confirming the phenomenon and highlighting long-term use. The Brazilian Medical Association clarifies that benzodiazepine dependence presents peculiarities compared to other forms of dependence, as it occurs at doses very close to therapeutic doses. The recommendation is that actions to reduce the use of this class of medication should focus on services that are part of the primary healthcare network. Thus, the objective of this study is to characterize the group of benzodiazepine users and dependents in order to bring to light issues that have been disregarded until now. This is a cross-sectional quantitative study using a questionnaire administered to benzodiazepine users and dependents in five primary healthcare units in the municipality of Votuporanga/SP. The results reveal



concerning figures regarding the duration of benzodiazepine use in combination with antidepressants; the average across the units was 100 months or 8 years, when the recommended maximum is 3 months. Females stand out, with an average age of 57.5 years and a low level of education. Issues related to females and this age group warrant further investigation.

**Keywords:** Benzodiazepines. Physical Dependence. Mental Health. Primary Health Care.

## **RESUMEN**

La literatura sobre el abuso de benzodiazepinas es extensa, con varios estudios en diversos países que confirman el fenómeno y destacan el uso prolongado. La Asociación Médica Brasileña aclara que la dependencia a las benzodiazepinas presenta peculiaridades en comparación con otras formas de dependencia, ya que se produce a dosis muy cercanas a las terapéuticas. Se recomienda que las acciones para reducir el uso de este tipo de medicamentos se centren en los servicios que forman parte de la red de atención primaria de salud. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es caracterizar al grupo de usuarios y dependientes de benzodiazepinas para visibilizar problemas que hasta ahora se han pasado por alto. Este es un estudio cuantitativo transversal que utiliza un cuestionario administrado a usuarios y dependientes de benzodiazepinas en cinco unidades de atención primaria de salud en el municipio de Votuporanga/SP. Los resultados revelan cifras preocupantes sobre la duración del uso de benzodiazepinas en combinación con antidepresivos; el promedio en las unidades fue de 100 meses u 8 años, cuando el máximo recomendado es de 3 meses. Destacan las mujeres, con una edad promedio de 57,5 años y un bajo nivel educativo. Los problemas relacionados con las mujeres y este grupo de edad requieren mayor investigación.

**Palabras clave:** Benzodiazepinas. Dependencia Física. Salud Mental. Atención Primaria de Salud.

## 1 INTRODUÇÃO

A literatura sobre o uso abusivo de benzodiazepínicos é extensa com vários estudos em diversos países que confirmam o fenômeno e destacam o uso a longo prazo. O mecanismo de ação dessas drogas provoca efeitos sedativos, relaxantes musculares e mesmo anticonvulsivantes atenuando a ansiedade e aliviando as tensões, o que favorece a manutenção do uso e dependência psicológica. (GRAEFF, 2008). São classificados como psicotrópicos, tendo seu regulamento técnico conforme as regras para substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial por provocar dependência física ou psíquica. (BRASIL, 1998).

Conforme Associação Médica Brasileira a dependência de benzodiazepínicos é um quadro com peculiaridades em relação a outras formas de dependência, pois ocorre em doses muito próximas às terapêuticas e é muitas vezes, incentivado e mantido pelos próprios profissionais de saúde - ainda que não haja indicações clínicas claras em muitos destes casos. (AMB, 2013). A longo prazo o uso está associado a resultados adversos à saúde, incluindo tolerância e dependência, aumento do risco de acidentes com veículos automotores, quedas e fraturas de quadril em idosos e comprometimento cognitivo e de memória. (VICENS ET AL., 2014).

No Brasil um levantamento feito em 27 capitais aponta que o aumento do consumo dos benzodiazepínicos nas cidades de maior densidade demográfica e percentual de médicos, se deve a crescente medicalização da sociedade moderna e a baixa tolerância da população ao sofrimento. (AZEVEDO; ARAUJO; FERREIRA, 2016). Os números relacionados ao consumo de benzodiazepínicos são preocupantes, sendo o segundo maior consumidor de clonazepam do mundo, atrás apenas dos EUA. (INBC, 2014). O III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira<sup>4</sup> realizado em 2017 incluiu questões que buscam avaliar especificamente o uso de medicamentos não prescritos por profissionais da saúde ou utilizados de forma diferente da prescrita, os resultados mostram que as classes de medicamentos mais consumidas de forma não prescrita ou diferente da prescrita foram benzodiazepínicos (3,9%), opiáceos (2,9%) e anfetamínicos (1,4%). (BASTOS ET AL., 2017).

O campeão de consumo de benzodiazepínicos, os EUA trazem números ainda mais preocupantes relacionados ao uso deste produto; em 2008, aproximadamente 5,2% dos adultos americanos com idade entre 18 e 80 anos usavam benzodiazepínicos. (OLFSON; KING; SCHOENBAUM, 2015). A porcentagem de usuários de benzodiazepínicos aumentou com a idade de 2,6% (18-35 anos) a 5,4% (36-50 anos) a 7,4% (51-64 anos) a 8,7% (65-80 anos); o uso de benzodiazepínicos foi quase duas vezes mais prevalente em mulheres que em homens e, em todos os grupos etários aproximadamente um quarto dos indivíduos receberam benzodiazepínicos por tempo prolongado. (OLFSON; KING; SCHOENBAUM, 2015).

De acordo com estudo americano a prescrição de benzodiazepínicos se torna um problema de

saúde pública já que foi associada ao aumento da utilização de serviços de saúde sendo que muitos dos usuários apresentavam maior risco para efeitos adversos relacionados ao uso. (KROLL ET AL., 2016). Entre 1996 e 2013, a mortalidade por overdose envolvendo benzodiazepínicos aumentou nos EUA, sendo avaliado um aumento na quantidade de indivíduos com prescrição para BZD e aumento no tempo de uso. (BACHHUBER ET AL., 2016).

A maior parte das prescrições de benzodiazepínicos, é emitida em serviços de Atenção Básica-AB. (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019). Dessa forma a prescrição de psicofármacos por médicos generalistas é um tópico importante na estruturação de cuidados eficientes em saúde mental, até porque é no nível primário de cuidados que é possível a continuidade do tratamento. (BRASIL, 2008). As ações da AB, organizadas segundo o modelo da Estratégia de Saúde da Família, baseadas na criação de vínculos e no cuidado longitudinal, podem contribuir para construir alternativas às práticas de exclusão ou simples medicalização dos transtornos mentais. (BRASIL, 2005).

Existem estudos sobre a descontinuação do uso de benzodiazepínicos com resultados positivos. Um deles multicêntrico e randomizado realizado com clínicos gerais na atenção primária mostra que intervenção estruturada com uma redução individualizada por escrito da dose escalonada consome menos tempo e é tão eficaz na atenção primária quanto uma intervenção mais complexa envolvendo consultas de acompanhamento. (VICENS ET AL., 2014). Outro estudo publicado por Pottie e colaboradores (2018) mostra que a retirada deve ser gradual, com período variável a depender da dosagem em uso, no intuito de minimizar os efeitos negativos da retirada. O sucesso da retirada vai depender da capacidade de tolerância do indivíduo aos sintomas do tipo: insônia, ansiedade e inquietação. É importante que o processo seja gradativo e acompanhado de psicoeducação com orientações sobre higiene do sono e controle de ansiedade. (MANTOVANI; QUAGLIATO, 2019).

As práticas psicoeducativas e coletivas são recursos da equipe multidisciplinar que foi inserida na AB a partir de 2008, com a implantação dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família-NASF pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2008; 2014). Pode-se supor que provavelmente é na AB com apoio da equipe multidisciplinar que intervenções para desprescrições de benzodiazepínicos venham ser mais resolutivas.

Sensibilizar prescritores, equipe multidisciplinar e usuários da Atenção Básica torna-se fundamental para elaboração de estratégias para a desprescrição. Levantar dados que dimensione a problemática pode ser o início de ações territorializadas, sendo assim o objetivo deste estudo é identificar e caracterizar usuários de benzodiazepínicos, frequentadores de unidades de saúde apoiadas pelo NASF Oeste do município de Votuporanga/SP, localizado na região Noroeste do Estado de São Paulo, com cerca de 93.736 habitantes. (IBGE, 2020).

## 2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de cunho quantitativo realizado com usuários dependentes de benzodiazepínicos de ambos os sexos, cadastrados em cinco unidades de saúde do município de Votuporanga/SP, apoiadas pelo NASFAB-Oeste. A população adstrita das cinco unidades perfaz o total de 31.903 habitantes (Tabela 1).

Como critério de inclusão foi considerado uso de qualquer benzodiazepínico por no mínimo 3 meses. Usuários sem condições cognitivas adequadas para responder aos instrumentos foram excluídos deste estudo.

Tabela 1 - População referente às unidades de saúde avaliadas no município de Votuporanga/SP, Brasil, 2020.

<b>UBS</b>	<b>Bairro</b>	<b>População</b>
Unidade C.M. II - Dr. Gumerindo Hernandes Morales	São João	11.300
Unidade C.M. V - Rui Pedroso	Palmeiras	6.803
Unidade C.M. VI - Dr. Oswaldo da Cruz Oliveira Junior	Cecap	4.600
Unidade USF II - Daniele Cristine Lamana	Parque das Nações	4.700
Unidade USF IV - Carmem Martins Maria Morettin	Paineiras	4.500

Fonte: Autores.

Para identificar usuários de benzodiazepínicos foram colhidas informações por meio do sistema de dados de informação do município (MV). Para cada farmacêutico responsável na unidade foi solicitado o Relatório de Movimentação de Estoque - Saída de produtos por Paciente Analítico do período de 01 de janeiro a 30 de março de 2020, utilizando como filtro: idade e medicação dispensada. Foram selecionadas as medicações em uso no período, excluindo aquelas em falta na rede pública. As medicações selecionadas foram clonazepam, diazepam e nitrazepam. A população total de usuários de benzodiazepínicos nas 5 unidades de saúde no período foi 1.243. Partindo deste total obteve-se uma amostra geral de 312 usuários representando em torno de 25% do total de usuários.

Para cada unidade foi calculado o número de usuários por idade e sexo para posterior organização da aplicação dos questionários. A aplicação dos questionários ocorreu por telefone em virtude da Pandemia Covid 19 entre os meses de maio e setembro de 2020. A princípio seria aplicado presencialmente durante a realização dos grupos psicoeducativos em que ocorre a prescrição das receitas.

Foi construído um questionário com dez questões, em que as cinco primeiras caracterizam as pessoas que compõem a amostra e as demais sobre o uso de medicamentos, foco deste estudo. Estas últimas perguntas foram elaboradas a partir das observações do pesquisador e informações dos farmacêuticos. Inicialmente, havia uma pergunta aberta, mas em função da abordagem quantitativa do estudo e da realização de um pré-teste ela foi retirada.

Os procedimentos incluíram diálogo e entrevista com os farmacêuticos responsáveis pelas UBS (Unidade de Atenção Básica) para levantamento de usuários e demais esclarecimentos; aplicação de

questionário aos usuários que aceitaram participar e assinaram o TCLE e, diálogo com agentes de saúde, necessário para solicitar apoio na captação de participantes por conta da pandemia. As recusas para participação não foram consideradas, pois diante da negativa partiu-se para outro usuário da lista até que fosse atingido o número total de acordo com a faixa etária e unidade de saúde.

Para análise das variáveis qualitativas individuais foram construídas tabelas de frequência absoluta e relativa. Para análise da associação das variáveis qualitativas confeccionaram-se tabelas de contingência e, posteriormente, realizou-se inferência estatística pelo teste de Qui-Quadrado a 5% de significância pelo software SPSS versão 25 de 2018.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), tendo como CAAE: 17348619.5.0000.5415. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelas participantes.

### 3 RESULTADOS

Os resultados foram separados em três conjuntos de dados. O primeiro traz a caracterização em relação a sexo, escolaridade, estado civil, profissão e idade (Tabela 2).

A análise de associação entre sexo e UBS mostrou que não existe diferença significativa do sexo feminino e masculino entre as UBS avaliadas ( $\chi^2=0,263$ ;  $p=0,992$ ). Quanto ao grau de escolaridade, houve diferença significativa entre as UBS ( $\chi^2=38,670$ ;  $p=0,030$ ). O estado civil casado foi o mais frequente em todas as UBS avaliadas. O resultado mostra que não existe diferença significativa para estado civil entre as UBS ( $\chi^2=18,796$ ;  $p=0,279$ ). Na análise da associação entre profissão e sexo, houve diferença significativa entre as profissões avaliadas em relação ao sexo ( $\chi^2=54,939$ ;  $p=0,0001$ ). Em relação à associação entre profissão e UBS, a diferença foi significativa entre as UBS ( $\chi^2=44,912$ ;  $p=0,006$ ). A média de idade dos usuários avaliados foi 57,5 anos. Avaliou-se pelo teste de Shapiro-Wilk que a variável quantitativa idade é normal (paramétrica). Na comparação dessa variável entre as UBS por meio do teste de ANOVA, não houve diferença significativa das idades entre as UBS ( $p=0,710$ ). Na UBS CECAP observa-se 1 outlier (paciente 205) com 15 anos.

Tabela 2 - Caracterização dos usuários das diferentes unidades de saúde do município de Votuporanga/SP, Brasil, 2020.

Características	UBS					Total	Valor-p
	São João	CECAP	Paineiras	PQ. das Nações	Palmeiras		
<b>Sexo</b>							
Feminino	92 (29,5)	25 (8)	27 (8,7)	33 (10,6)	53 (17)	230 (73,7)	0,992
Masculino	31 (9,9)	10 (3,2)	10 (3,2)	11 (3,5)	20 (6,4)	82 (26,3)	
<b>Escolaridade</b>							
E.F. Incompleto	78 (25,6)	19 (6,2)	24 (7,9)	25 (8,2)	40 (13,1)	186 (61)	0,030
E.F. Completo	2 (0,7)	1 (0,3)	5 (1,6)	1 (0,3)	7 (2,3%)	16 (5,2)	
E. M. Incompleto	7 (2,3)	1 (0,3)	1 (0,3)	5 (1,6)	6 (2%)	20 (6,6)	
E. M. Completo	20 (6,6)	9 (3)	3 (1)	10 (3,3)	14 (4,6%)	56 (18,4)	
E. Técnico	2 (0,7)	0 (0)	2 (0,7)	0 (0)	3 (1%)	7 (2,3)	

E. S. Incompleto	3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0%)	3 (1)	
E. S. Completo	7 (2,3)	5 (1,6)	2 (0,7)	3 (1)	0 (0%)	17 (5,6)	
<b>Estado Civil</b>							
Solteiro (a)	29 (9,3)	5 (1,6)	6 (1,9)	4 (1,3)	17 (5,5)	61 (19,6)	0,279
Casado (a)	59 (19)	19 (6,1)	19 (6,1)	26 (8,4)	38 (12,2)	161 (51,8)	
Viúvo (a)	23 (7,4)	10 (3,2)	6 (1,9)	10 (3,2)	6 (1,9)	55 (17,7)	
Divorciado (a)	11 (3,5)	1 (0,3)	6 (1,9)	4 (1,3)	11 (3,5)	33 (10,6)	
Amasiado (a)	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,3)	
<b>Profissão</b>							
Aposentado (a)	42 (13,5)	14 (4,5)	12 (3,8)	13 (4,2)	24 (7,7)	105 (33,7)	0,006
Assalariado (a)	29 (9,3)	6 (1,9)	10 (3,2)	22 (7,1)	19 (6,1)	86 (27,6)	
Autônomo (a)	3 (1)	4 (1,3)	1 (0,3)	0 (0)	7 (2,2)	15 (4,8)	
Desempregado (a)	5 (1,6)	1 (0,3)	1 (0,3)	0 (0)	7 (2,2)	14 (4,5)	
Afazeres Dom. (a)	34 (10,9)	4 (1,3)	10 (3,2)	7 (2,2)	15 (4,8)	70 (22,4)	
Estudante	2 (0,6)	2 (0,6)	0 (0)	0 (0)	1 (0,3)	5 (1,6)	
Pensionista	8 (2,6)	4 (1,3)	3 (1)	2 (0,6)	0 (0)	17 (5,4)	
<b>Idade: X(média), S (desvio padrão), IC (Intervalo de Confiança)</b>							
X±S	57,61±16,30	60,63±16,65	57,22±14,40	57,34±11,98	56,08±14,70	57,51±15,16	
IC [X; 95%]	[54,70-60,52]	[54,91-66,35]	[52,42-62,02]	[53,70-60,98]	[52,65-59,51]	[55,82-59,20]	
Mínimo; Máximo	18;93	15;94	26;83	35;83	18;86	15;94	

\*Porcentagem entre parênteses  
Fonte: Autores.

O segundo conjunto agrupou os dados: uso de álcool e drogas, tempo de uso de BZD, antidepressivos e sugestão de retirada (Tabela 3).

A porcentagem de participantes em uso de álcool e drogas concomitante à BZD é baixa. O resultado mostra que há diferença significativa entre as UBS avaliadas ( $\chi^2=13,276$ ;  $p=0,010$ ). Para comparação das variáveis tempo de uso (meses) de benzodiazepínicos entre as UBS avaliadas, usou-se o teste de Kruskal-Wallis. Observa-se que não houve diferença significativa ( $p=0,826$ ) dos tempos de uso de benzodiazepínicos entre as UBS. Nota-se que existem 5 outliers, sendo os tempos de uso de (360 meses e 480 meses). E na UBS Palmeiras observa-se que existe 1 outlier (paciente 258) com tempo de uso de 360 meses. A média geral entre as UBS em meses foi de 108 ou 9 anos.

O uso de antidepressivos concomitante com BDZ totaliza 62,4% da amostra. Na UBS São João observa-se que existem 4 outliers, sendo o tempo de uso de 360 meses e 480 meses; na UBS CECAP nota-se que existe 1 outlier (paciente 217) com tempo de uso de 240 meses.

Para comparação das variáveis tempo de uso (meses) de antidepressivos concomitante a benzodiazepínicos entre as UBS avaliadas, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Observa-se que também não houve diferença significativa ( $p=0,775$ ) dos tempos de uso de antidepressivos concomitante a BZD entre as UBS. A média em meses entre as UBS foi aproximadamente 100 ou em torno de 8 anos.

A sugestão de retirada da medicação foi referida por 25,3% da amostra. O resultado demonstra que não houve diferença significativa entre as UBS avaliadas ( $\chi^2=3,226$ ;  $p=0,521$ ), 74,7% da amostra de usuários refere que não teve a sugestão de retirada de medicação.

Tabela 3 - Distribuição percentual do uso de álcool, tempo de uso de BZD, uso concomitante com antidepressivos e sugestão de retirada, município de Votuporanga-SP, Brasil, 2020.

Características	UBS					Total	p-valor
	São João	CECAP	Painceiras	PQ. das Nações	Palmeiras		
<b>Uso de álcool e drogas</b>							
Sim	15 (5,4)	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,4)	4 (1,4)	21 (6,7)	0,010
Não	87 (31,5)	32 (11,5)	37 (13,3)	42 (15,1)	59 (21,2)	257 (92,5)	
<b>Uso de benzodiazepínicos</b>							
Sim	123 (39,4)	35 (11,2)	37 (11,9)	44 (14,1)	73 (24,3)	312 (100)	
Não	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<b>Tempo de uso de benzodiazepínicos (meses)</b>							
X±S	115,35± 101,966	102,91± 67,051	109,05± 93,049	110,89± 72,253	96,14± 73,551	108,06± 87,155	
IC [X; 95%]	[97,08- 133,63]	[79,88- 125,95]	[78,03- 140,08]	[88,92- 132,85]	[78,98- 113,30]	[98,34- 117,79]	
Mínimo; Máximo	1;480	4;240	9;360	4;240	3;360	1;480	
<b>Uso de Antidepressivos concomitante a benzodiazepínicos</b>							
Sim	73 (23,5)	18 (5,8)	27 (8,7)	27 (8,7)	49 (15,8)	194 (62,4)	0,315
Não	50 (16,1)	17 (5,5)	10 (3,2)	17 (5,1)	24 (7,7)	118 (37,6)	
<b>Tempo de uso de antidepressivos concomitante a benzodiazepínicos (meses)</b>							
X±S	108,88± 103,050	87,56± 63,954	111,19± 97,193	102,46± 68,076	83,78± 65,751	100,00± 86,076	
IC [X; 95%]	[84,83- 132,92]	[55,75- 119,36]	[72,74- 149,63]	[76,07- 128,86]	[64,89- 102,66]	[87,84-112,16]	
Mínimo; Máximo	1;480	4;240	2;360	1;216	4;240	1;480	
<b>Sugestão de retirada da medicação</b>							
Sim	36 (11,5)	8 (2,6)	9 (2,9)	7 (2,2)	19 (6,1)	79 (25,3)	0,521
Não	87 (27,9)	27 (8,7)	28 (9)	37 (11,9)	54 (17,3)	233 (74,7)	

Porcentagem entre parênteses

Fonte: Autores.

O terceiro conjunto de dados apresenta a percepção dos benefícios da medicação e os motivos autorreferidos para a continuidade do uso.

Avaliando a associação entre percepção dos benefícios da medicação e UBS avaliadas, nota-se que não houve diferença significativa entre as UBS ( $\chi^2=31,687$ ;  $p=0,287$ ). Cerca de 73,1% utilizam medicamentos para ajudar a dormir, 16,7% diz que tranquiliza e acalma, 7,1%, diz que não tem nenhum efeito, 1,3%, tranquiliza para dormir, 0,6% tira a dor, 0,6% controla pressão e 0,3% controla pânico e, 0,3% diz que “paro de pensar besteira”.

A análise da associação do motivo autorreferido da medicação e UBS mostra que não existe diferença entre as UBS ( $\chi^2=33,427$ ;  $p=0,398$ ). Dentre os resultados obtidos, 32,7% utilizam medicamentos para insônia, 18,3% depressão, 11,2% ansiedade, 5,4% doenças crônicas, 8,7% outros motivos, 10,6% para insônia, ansiedade e depressão, 4,2% para insônia e ansiedade, 2,6% depressão e ansiedade, e 6,4%, para insônia e depressão.

#### 4 DISCUSSÃO

O sexo feminino é o que mais prevalece em todas as UBS, confirmando os dados da literatura. (BASTOS et al., 2017; BORGES, et al., 2015; SILVA; ROCHA; CALDEIRA, 2018; SILVA; ALMEIDA; SOUZA, 2019). Em 2019, segundo o IBGE (2020), 76,2% da população do Brasil (159,6

milhões) tinham consultado um médico nos 12 meses anteriores à entrevista, um aumento considerável em relação a 2013 (71,2%). A proporção de mulheres (82,3%) que consultou um médico foi superior à dos homens (69,4%). (IBGE, 2020). Estudos no Brasil e no mundo apontam o sexo feminino como uma das características demográficas mais associadas ao uso de serviços de saúde. (LEVORATO et al., 2014).

Alves (2018), em uma revisão narrativa da literatura aborda a saúde mental do ponto de vista do gênero e observa a escassez de estudos sobre a saúde mental masculina, além de estereótipos relacionadas às mulheres que por questões biológicas são mais conduzidas à psiquiatrização e patologização. Uma das contribuições dessa autora é que as diferentes abordagens em saúde mental, biológicas, psicológicas, sociológicas/antropológicas entre outras, precisam dialogar entre si focando o sujeito e suas experiências e não só a doença.

Em outro estudo levanta-se a questão de que os cuidados em saúde mental de maneira geral são feminizados valorizando mais as características femininas no que diz respeito a escutar o que incomoda e que existe uma crise silenciosa na saúde mental dos homens que de modo geral não gostam de expor suas dores. A possível explicação segundo esses autores inclui as noções dominantes de masculinidade (como teimosia e autossuficiência) na dissuasão da utilização dos serviços de saúde. (AFFLECK; CARMICHAEL; WHITLEY, 2018).

A escolaridade ensino fundamental incompleta é a que obteve maior frequência avaliada em todas as UBS. Borges et al. (2015) não encontra na literatura pesquisa a respeito do impacto da baixa escolaridade no uso de psicotrópicos de modo geral. Ressalta que a escolaridade está usualmente ligada a piores chances de ascensão profissional e social, podendo contribuir para pior qualidade de vida, chances de desenvolver Transtornos Mentais Comuns e, conseqüentemente, aumento da possibilidade de uso de psicofármacos. (BORGES et al., 2015). Em outro estudo relacionado a autopercepção de saúde, observa-se que a escolaridade de até oito anos foi associada à autopercepção negativa de saúde. (SILVA; ROCHA; CALDEIRA, 2018).

O estado civil casado aparece com a maior porcentagem o que é confirmado por Nordon et al. (2009). Em relação a mulheres principalmente de baixa renda uma pesquisa de abordagem fenomenológica existencial mostra que as dinâmicas conjugais são conflitivas ou disfuncionais e muitas vezes marcadas pelo controle do cônjuge, as vezes sofrendo abuso e violência doméstica. (SANTOS; DINIZ, 2018). Já para os homens evidências sugerem que divórcio e separação romântica são fortes fatores de risco para doença mental e suicídio. (AFFLECK; CARMICHAEL; WHITLEY, 2018).

Para Gomes e Erdmann (2014, p. 5) “A construção social ancorada na desigualdade de gênero, responsável pela naturalização do poder do homem sobre a mulher e pela crença do casamento como realização feminina, foi apontada como causa associada à ocorrência da violência e a permanência da

mulher na relação”.

Os dois estudos levantam a questão do adoecimento psíquico em mulheres sob o ponto de vista dos papéis sociais. Pesquisa realizada no Nordeste partindo de um assentamento rural aponta que para enfrentar as questões que levam ao sofrimento psíquico, entre elas a violência de gênero, um dos recursos utilizados pelas mulheres é o uso de psicotrópicos. (LEITE et al., 2017).

A profissão “afazeres domésticos” se destaca no sexo feminino, seguida por assalariadas e aposentadas. Para Santos e Diniz (2018) a ocupação afazeres domésticos favorece a manifestação de desequilíbrios afetivos, sociais e emocionais, pois além de violência doméstica as participantes do estudo mostraram vidas interrompidas, tempo e atividades desenvolvidas em função de outrem, abnegações. A dinâmica de inserção de mulheres no mercado de trabalho segue caminhos peculiares, tanto em momentos de expansão econômica, como em momentos de crise. Elas tendem a se inserirem no mundo do trabalho em postos menos prestigiados e de menor responsabilidade. (DANIEL, 2011). Silva, Rocha e Caldeira (2018) expõe dados relacionados à percepção negativa do estado de saúde à ausência de um trabalho formal.

Já no sexo masculino prevaleceu a categoria aposentado, seguido por assalariados e desempregados. Szwarcwald et al. (2005) aponta que o trabalho não qualificado e o desemprego foram determinantes para a má percepção da saúde no sexo masculino. Baseada em outros estudos a autora esclarece que as diferenças entre os sexos ocorrem pelo fato de que para os homens o trabalho remunerado é fundamental para o bem-estar social. Já para as mulheres a qualidade de vida não depende só delas, mas sim de um companheiro ou da família. (SZWARCWARD et al., 2005). Além do que para elas o significado de trabalho formal e trabalho doméstico estão interligados. (DANIEL, 2011).

A média de idade obtida, 57,5 confirma o que traz a literatura consultada de Silva, Almeida e Souza (2019) e Borges e colaboradores (2015) em seu estudo sobre prevalência de psicotrópicos na atenção primária mostra que o uso de psicofármacos foi mais prevalente na categoria de usuários acima de 60 anos e a menor prevalência foi encontrada em pessoas de 18 a 40 anos.

Silva, Rocha e Caldeira (2018) mostraram que entre as mulheres na pós-menopausa (faixa etária acima dos 52 anos de idade) houve um aumento na prevalência de uma pior autopercepção de saúde em relação às mulheres climatéricas mais jovens. Durante o climatério ocorrem modificações em vários aspectos, incluindo questões psicossociais: filhos podem deixar ou retornar ao lar, morte na família, divórcio, pais que se tornam mais velhos e dependentes dos filhos, o que pode acentuar os desconfortos orgânicos, provocados por mudanças hormonais.

Num estudo feito no Brasil e em Cuba com prescritores, o que foi levantado por Fegadolli, Varela e Carlini (2019) através de relatos médicos é que em geral a prescrição de benzodiazepínicos se dá em função de um diagnóstico de depressão malfeito, em função de sintomas da menopausa que

causam insônia e irritabilidade e até em função de conflitos familiares. Além do que dificilmente os profissionais da AB iniciam um tratamento com benzodiazepínicos, mas dão seguimentos a outros iniciados anteriormente.

Em outro estudo realizado numa UBS no Brasil para estimar a prevalência do uso de benzodiazepínicos em mulheres adultas e identificar os fatores de risco associados a esse uso foi apontado que ter doença crônica e usar outro psicotrópico foram significativamente associados ao uso de benzodiazepínicos. Assim o grupo que deve receber maior atenção em relação ao consumo de benzodiazepínicos é o de mulheres de meia-idade ou mais, com pouca escolaridade e doença crônica. (SILVA; ALMEIDA; SOUZA, 2019).

A média encontrada para o tempo de uso de BZD, 9 anos, foi um pouco maior do que os resultados de outro estudo realizado em ambulatório de Saúde Mental com adultos e idosos, que foram respectivamente, de  $7,6 \pm 6,9$  anos e  $7,9 \pm 7,3$  anos. A diferença nos números pode ser justificada pela presença de 6 outliers, sendo os tempos de uso de (360 meses a 480 meses) que inflaciona a média total, por outro lado esse dado mostra que existem casos que extrapolam muito a média e que são extremamente preocupantes.

Alguns fatores justificam os números apontados para a média de uso de benzodiazepínicos e a dificuldade dos prescritores em promover mudanças: a pressão dos usuários, o pouco tempo para escuta e avaliação nas consultas e precariedades nas condições de trabalho faz com que os profissionais da A.B. se sintam impotentes. Diante desse contexto os médicos agem independentes uns dos outros e alienadamente às recomendações para que benzodiazepínicos não sejam empregados por período superior a quatro semanas, parece que não identificam suas próprias condutas como determinantes da dependência desse medicamento. (AFFLECK; CARMICHAEL; WHITLEY, 2018).

A média em meses entre as unidades foi aproximadamente 100 meses para uso de BZD associado a antidepressivo quando a orientação é que seja por no máximo 3 semanas exceto em circunstâncias excepcionais (por exemplo, para pacientes em estado terminal). No Reino Unido, os antidepressivos são preferíveis aos ansiolíticos benzodiazepínicos para o tratamento da ansiedade e mesmo nos casos em que a introdução dos BDZ se revela necessária, a orientação é fazê-lo por períodos de até três meses. (SANTOS; DINIZ, 2018).

Em relação aos tipos de psicofármacos prescritos na atenção primária, Borges et al. (2015) aponta que os mais prevalentes foram os da classe dos antidepressivos seguidos pelos benzodiazepínicos. Silva, Almeida e Souza (2019) e Borges et al. (2015), observam que na amostra de sua pesquisa quase metade das usuárias de BZD era também usuária de outros psicotrópicos. Esse achado traz as seguintes observações das autoras: como os diagnósticos de transtornos mentais em geral não são únicos e nem estáticos, por exemplo, um quadro de ansiedade pode evoluir para depressão e vice-versa, a outra possibilidade é que o próprio uso contínuo de BZD, muitas vezes

receitado para problemas como insônia, possa gerar um quadro depressivo ou outro problema psíquico devido às transformações neuroquímicas que a substância pode ocasionar. As autoras ainda chamam a atenção para os riscos da associação medicamentosa na utilização de substâncias que agem diretamente no SNC, lembrando que nessa população além dos psicotrópicos ainda há o consumo de medicamentos para o controle de doenças como diabetes e hipertensão. (SILVA; ALMEIDA; SOUZA, 2019).

Um achado relevante no estudo em questão e bastante preocupante foi o número de pessoas que referiram não ter tido orientações para a redução do uso de benzodiazepínicos, um total de 74,7%. Esse número mostra que não existe nenhum tipo de intervenção específica para a desprescrição de benzodiazepínicos na população pesquisada. Em geral, os clínicos gerais são responsáveis pela maioria dos tratamentos com benzodiazepínicos, e a alta prevalência de uso a longo prazo sugere que os pacientes não descontinuam voluntariamente esses medicamentos, segundo Vicens et al. (2014).

Em relação à percepção dos benefícios da medicação a grande maioria da amostra, 73,1%, refere utilizar medicamentos para ajudar a dormir. Estudo realizado com objetivo de estimar a frequência de problemas com o sono e os fatores associados, aponta que 15% da população brasileira apresentou problemas com o sono em mais da metade dos dias nas duas semanas anteriores a realização da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013, por Gajardo (2021). Os resultados apontam que ser do sexo feminino, o aumento da idade, apresentar comportamentos de risco relacionados ao estilo de vida, ter hipertensão arterial e excesso de peso corporal aumentou as chances de ter problemas com o sono. Estudo semelhante também destaca a insônia como motivo principal para o uso de BZD apontando que esse fator também é obstáculo para a interrupção do uso em usuários crônicos, pois a retirada da medicação pode aumentar a insônia, que é uma condição que pode ser controlada (SILVA, V. P. ET AL. 2015). Ressaltando que insônia obteve a maior porcentagem, 32,7% sobre os motivos autorreferidos para continuidade do uso de BZD. (GAJARDO, 2021).

## 5 CONCLUSÃO

Os resultados mostram o uso a longo prazo de benzodiazepínicos associado a antidepressivo ou não. O sexo feminino na meia idade, casado, com baixa escolaridade é o que prevalece. A grande maioria não teve orientação para desprescrição da medicação.

Questões relacionadas a essa etapa da vida, assim como dinâmicas conjugais e familiares que possam ser conflitivas devem ser abordadas de outra forma que não só a farmacológica.

Monitorar os usuários estratificando por riscos em relação ao uso seria um passo importante, seguido de preenchimento de ficha com dados mais elucidativos quanto a motivação do uso e comorbidades poderia ser o princípio de um estudo randomizado com objetivo de redução do uso de BZDs.

Outras intervenções de preferência multidisciplinares e até mesmo intersetoriais poderiam ter



grande valia no acompanhamento dos usuários crônicos de BZDs, tendo como um dos objetivos a desprescrição do medicamento nos casos indicados.



## REFERÊNCIAS

- AFFLECK, W.; CARMICHAEL, V.; WHITLEY, R. Men's Mental Health: Social Determinants and Implications for Services. *Canadian journal of psychiatry*, v. 63, n. 9, p. 581-589, 2018.
- ALVES, T. M. Interfaces entre gênero e saúde mental abordadas por estudos qualitativos das ciências sociais e humanas: foco nas experiências subjetivas. *Gênero*, v. 18, n. 2, p. 155-177, 2018.
- AMB - Associação Médica Brasileira. Abuso e dependência de benzodiazepínicos. 2013. Disponível em: [http://diretrizes.amb.org.br/\\_DIRETRIZES/abuso\\_e\\_dependencia\\_de\\_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf](http://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf). Acesso em: 06 set. 2021.
- AZEVEDO, A. J. P.; ARAUJO, A. A.; FERREIRA, M. A. F. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. *Ciênc saúde coletiva*, v. 21, n. 1, p. 83-90, 2016.
- BACHHUBER, M. A, et al. Increasing benzodiazepine prescriptions and overdose mortality in the United States, 1996-2013. *Am J Public Health*, v. 106, n. 4, p. 686-688, 2016.
- BASTOS, F. I. P. M. et al. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz/Icict, 2017.
- BORGES, T. L. et al. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm*, v. 28, n. 4, p. 344-9, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 06 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344\\_12\\_05\\_1998\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html). Acesso em: 05 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- DANIEL, C. O trabalho e a questão de gênero: a participação de mulheres na dinâmica do trabalho. *O Social em Questão*, ano XIV, n. 25/26, p. 323-344, 2011.
- FEGADOLLI, C.; VARELA, N. M. D.; CARLINI, E. L. A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cad Saúde Pública*, v. 35, n. 6, p. e00097718, 2019.

- GAJARDO, Y. Z. et al. Problemas com o sono e fatores associados na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc saúde coletiva*, v. 26, n. 2, p. 601-610, 2021.
- GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L. Violência conjugal na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família: um problema de saúde pública e a necessidade de atenção à mulher. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 1-9, jan.-fev. 2014.
- GRAEFF, F. G. Drogas psicotrópicas e seu modo de ação. 2. ed. São Paulo: EPU, 2008.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 85p.
- INBC - International Narcotics Control Board. Report of the International Narcotics Control Board Psychotropic Substances for 2013. New York: United Nations; 2014.
- KROLL, D. S. et al. Benzodiazepines are prescribed more frequently to patients already at risk for benzodiazepine-related adverse events in primary care. *J Gen Intern Med*, v. 31, n. 9, p. 1027-1034, 2016.
- LEITE, J. et al. Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: Um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do nordeste brasileiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, v. 35, n. 2, p. 301-316, 2017.
- LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc saúde coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1263-127, 2014.
- MANTOVANI, C. M. L.; QUAGLIATO, F. F. Uso abusivo de benzodiazepínicos: o processo de desprescrição. *Rev Fac Ciênc Méd*, v. 21, n. 3, p. 147-148, 2019.
- NORDON, D. G. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 31, n. 3, p. 152-158, 2009.
- OLFSON, M.; KING, M.; SCHOENBAUM, M. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry*, v. 72, n. 2, p. 136-142, 2015.
- POTTIE, K. et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*, v. 64, n. 5, p. 339-351, 2018.
- SANTOS, L. S.; DINIZ, G. R. S. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. *Psic. Clin.*, v. 30, n.1, p. 37-59, 2018.
- SILVA, P. A.; ALMEIDA, L. Y.; SOUZA, J. O uso de benzodiazepínicos por mulheres atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*, v. 53, p. e03419, 2019.
- SILVA, V. H.; ROCHA, J. S. B.; CALDEIRA, A. P. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 5, p. 1611-1620, 2018.
- SILVA, V. P. et al. Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde. *R Enferm Cent O Min*, v. 5, n. 1, p. 1393-1400, 2015.



SZWARCWALD, C. L. et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., v. 5, Supl 1, p. S11-S22, dez., 2005.

VICENS, C. et al. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care. Br J Psychiatry, v. 204, n. 6, p. 471-479, 2014.