



O uso de benzodiazepínicos por mulheres atendidas em uma Unidade de Saúde da Família*

The use of benzodiazepines by women cared for at a Family Health Unit

El empleo de benzodiazepinas por mujeres atendidas en Una unidad de Salud de la Familia

Paula Adriana da Silva¹, Letícia Yamawaka de Almeida¹, Jacqueline de Souza²

Como citar este artigo:

Silva PA, Almeida LY, Souza J. The use of benzodiazepines by women cared for at a Family Health Unit. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03419. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017038903419>

* Extraído da dissertação: “O uso de benzodiazepínicos em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família em um município do interior paulista”, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Estimate the prevalence of benzodiazepine use by adult women at a Family Health Unit and identify the risk factors associated with this usage. **Method:** Quantitative cross-sectional study that employed secondary data developed at a Family Health Unit in the state of São Paulo, Brazil. We collected the data from the following sources: medical charts, registration forms, and the archive of prescriptions from the pharmacy at the referred health unit. We employed the chi-squared, Student's t, and Mann-Whitney tests, as well as logistic regression analysis. **Results:** We identified 81 benzodiazepine users amongst 1,094 adult women (7.4%). Regarding the risk factors, the comparison between the groups of benzodiazepine users (n = 64) and non-users (n = 70) showed that having a chronic disease and using other psychotropic drugs were significantly associated with the use of benzodiazepines. **Conclusion:** The prevalence found was lower than the described in previous studies performed in Primary Health Units. The group that must receive greater attention regarding the consumption of benzodiazepines is that of middle-aged women or older, with low education levels, and chronic illnesses.

DESCRIPTORS

Psychotropic, Drug; Women; Prevalence; Risk Factors; Chronic Disease; Family Health Strategy.

Autor correspondente:

Letícia Yamawaka de Almeida
Av. dos Bandeirantes, 3900,
Bairro Monte Alegre
CEP 14049-900 – Ribeirão Preto, SP, Brasil
leyamawaka@gmail.com

Recebido: 09/10/2017
Aprovado: 19/08/2018

INTRODUÇÃO

O Brasil tem sido apontado como um dos principais consumidores mundiais de benzodiazepínicos (BZD), e o uso indiscriminado desses fármacos constitui-se em um importante problema de saúde pública, principalmente pelos seus efeitos colaterais e o potencial de induzir tolerância e dependência psicológica e/ou fisiológica em longo prazo⁽¹⁻⁴⁾.

As mulheres são mais suscetíveis a receber prescrição de BZD, e nem sempre a renovação da receita é obtida a partir do contato direto entre a paciente e o médico⁽⁴⁻⁸⁾. Nesse sentido, o viés de gênero em relação ao uso do psicotrópico tem sido amplamente discutido por alguns pesquisadores^(7,9-10).

Estudos recentes que discutem o uso de BZD por mulheres têm sido realizados em países como França⁽⁵⁾, Noruega⁽⁹⁾, EUA^(6,11), Canadá^(7,12), Reino Unido⁽¹³⁾, Espanha^(8,14) e Brasil^(1,10,15). Tais estudos foram conduzidos em diferentes serviços de saúde, mas poucos foram voltados à atenção básica^(6,14-15).

Vale ressaltar que, apesar de uma das principais características da atenção básica ser o trabalho com ênfase na prevenção e promoção da saúde, a medicalização tem sido o principal recurso utilizado pelas equipes desse departamento no cuidado de saúde mental, sobretudo pela escassez de suporte especializado disponível⁽¹⁶⁾. Dessa problemática advém a importância de estudos sobre o uso de BZD por mulheres nesse *setting*, com destaque para possíveis diferenças entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). Entende-se que tais estudos poderão subsidiar discussões e contribuir para uma abordagem mais eficaz do fenômeno nos processos de trabalho das equipes.

Este estudo pauta-se nas seguintes questões de pesquisa: A prevalência do uso de BZD em mulheres de uma dada USF é menor do que a identificada em estudos prévios realizados em outros serviços de saúde? As situações de vulnerabilidade social, como baixa renda e escolaridade e ter doença crônica, são fatores de risco para o uso de BZD entre mulheres atendidas na USF?

Assim, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência do uso de BZD entre mulheres adultas de uma USF do interior de São Paulo e identificar os fatores de risco associados a esse uso, considerando como parâmetro de comparação mulheres não usuárias da mesma unidade.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Trata-se de estudo quantitativo, transversal, desenvolvido especificamente em uma USF de um bairro localizado no intermédio entre a periferia e as regiões centrais e mais abastadas de um município do interior paulista.

POPULAÇÃO

A unidade possui uma equipe de saúde da família e atende 3.048 pessoas (931 famílias), das quais 1.092 eram mulheres acima de 18 anos.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

O estudo foi desenvolvido em duas fases; a primeira consistiu na identificação do número de usuárias de BZD na unidade. Para tal, foram consultados todos os prontuários de mulheres com idade acima de 18 anos ($n = 1.092$), bem como todas as fichas de dispensação de medicamentos da farmácia de referência correspondentes ao período de agosto de 2014 a agosto de 2015 ($n = 176$). A consulta das fichas visou à obtenção de um parâmetro de qualidade, tendo em vista os possíveis vieses dos registros dos prontuários.

A segunda fase do estudo consistiu no levantamento de informações relacionadas às condições sociais e clínicas de usuárias (grupo 1) e não usuárias (grupo 2) de BZD.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

No grupo 1 foram incluídas informações de todas as usuárias de BZD identificadas na primeira fase do estudo ($n = 81$).

Para o grupo 2 foi utilizada uma amostra calculada a partir da fórmula proposta por Luiz e Magnanini⁽¹⁷⁾, considerando as prevalências descritas em estudo prévio desenvolvido com mulheres na atenção básica (25,8% das mulheres eram usuárias e 74,2%, não usuárias de psicotrópicos)⁽¹⁸⁾.

Adotou-se o nível de confiança de 95% e erro tolerável de amostragem de 10%. O tamanho da amostra obtido no cálculo foi de 70 mulheres, cujos prontuários foram sorteados a partir de lista fornecida pela unidade.

COLETA DE DADOS

O período de coleta dos dados foi de julho de 2015 a março de 2016, e a fonte dos dados clínicos e sociodemográficos foram os prontuários, respectivas fichas cadastrais e o arquivo de receitas da farmácia da referida unidade de saúde.

Os dados coletados dos prontuários foram data de nascimento, BZD receitado, dosagem da última receita e se havia uso concomitante de outro psicotrópico. Em relação às fichas cadastrais, foram coletados os seguintes dados: idade, alfabetização, ocupação, número de pessoas na família, renda, se a família recebia algum auxílio do governo diferente de pensão ou aposentadoria e existência de doença crônica.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram inseridos em um banco de dados criado no *software* Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics 20). Foram empreendidas análises descritivas, testes de associação (qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher), teste de diferença entre médias ou medianas (teste t de Student ou Mann-Whitney) e análise de regressão logística.

A hipótese de associação ou de diferença foi aceita quando o valor de p foi menor que 0,05. Nas análises comparativas entre os grupos, foram excluídas mulheres cujos dados *missing* correspondiam a mais de 30% de todos os dados coletados. Assim, foram excluídos da análise os dados de 17 mulheres usuárias de BZD. Inseriram-se no modelo de regressão logística, apenas variáveis que apresentaram significância no teste de associação. A adequação do modelo

foi verificada por meio do teste de bondade de ajuste de Hosmer-Lemeshow.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado sob o protocolo n.º 1.151.714, em 5 de junho de 2015. Foram observados os aspectos éticos sobre pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Identificaram-se 81 usuárias de BZD dentre as 1.094 mulheres adultas atendidas na USF, correspondendo a uma prevalência de 7,4% de uso de BZD. A Tabela 1 apresenta um quadro comparativo do perfil das mulheres usuárias e não usuárias de BZD em relação às variáveis estudadas.

A faixa de idade da maioria das usuárias de BZD foi de 56 a 74 anos (48,4%), e as não usuárias (45,7%) estavam na faixa de 37 a 55 anos. Dessa forma, pode-se depreender que a média de idade das mulheres usuárias de BZD foi significativamente superior à média das não usuárias ($p = 0,005$) (Tabela 1).

As usuárias de BZD também eram menos alfabetizadas: 65,6% estudaram somente até o primeiro grau, enquanto no outro grupo 58,6% estudaram mais que o primeiro grau ($p = 0,005$). Além disso, 78,1% das usuárias referiram alguma doença crônica, e houve diferença entre os dois grupos nesse quesito ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Quase metade das usuárias de BZD consumia pelo menos mais um psicotrópico (48,4%), apresentando diferença significativa em relação às não usuárias (17,1% e $p < 0,001$) (Tabela 1).

As usuárias de BZD consumiam também maior número de outros psicotrópicos (a média da posição das usuárias foi de 78,18 e das não usuárias, 57,74; $p < 0,001$). Os psicotrópicos mais usados além dos BZD foram os antidepressivos.

Tendo em vista que foi identificado o consumo de psicotrópicos nos dois grupos ($n = 43$), verificou-se que a maioria ($n = 35$) usava apenas um psicotrópico diferente dos BZD. Entre as usuárias de BZD, os psicotrópicos mais utilizados, além dos BZD e antidepressivos, foram os antipsicóticos (9,5%). Para as não usuárias de BZD, além dos antidepressivos, os anticonvulsivantes foram os mais utilizados (10%). Somente as usuárias de BZD consumiam estabilizadores de humor (4,8%).

Tabela 1 – Comparação das características sociodemográficas entre usuárias e não usuárias de benzodiazepínicos – São Carlos, SP, Brasil, 2015-2016.

Características sociodemográficas	Usuárias de benzodiazepínicos				p valor	
	Não (n = 70)		Sim (n = 64)			
	n	%	n	%		
Idade	De 18 a 36 anos	19	27,1	7	10,9	0,005 [†]
	De 37 a 55 anos	32	45,7	23	35,9	
	De 56 a 74 anos	15	21,4	31	48,4	
	De 74 a 92 anos	4	5,7	3	5,7	
	Média (desvio-padrão)					
	Não usuárias 48,1 (16,4) Usuárias 55,3 (12,9)					
Escolaridade	Até o primeiro grau completo	29	41,4	42	65,6	0,005 [‡]
	Acima do primeiro grau completo	41	58,6	22	34,4	
Ocupação	Não trabalha fora do lar	33	47,1	34	53,1	0,489 [‡]
	Trabalha fora do lar	37	52,9	30	46,9	
Número de pessoas na família	Até três pessoas	33	47,1	36	56,3	0,292 [‡]
	Mais que três pessoas	37	52,9	28	43,8	
Renda[‡]	Até dois salários mínimos*	20	28,6	19	29,7	0,629 [‡]
	Mais que dois salários mínimos*	26	37,1	20	31,3	
Casa própria[§]	Sim	58	82,9	55	85,9	0,118 [‡]
	Não	9	12,9	3	4,7	
Refere alguma doença crônica	Sim	28	40,0	53	82,8	< 0,001 [†]
	Não	42	60,0	11	17,2	
Usa outro psicotrópico	Sim	12	17,1	31	48,4	< 0,001 [†]
	Não	58	82,9	33	51,6	
Bolsa-família	Sim	3	4,3	3	4,7	0,852 [‡]
	Não	48	68,6	41	64,1	

*Salário mínimo no período de coleta dos dados: R\$ 880,00; †Teste t de Student; ‡Teste qui-quadrado ou exato de Fischer; †49 participantes não informaram a renda; §9 participantes não informaram se tinham casa própria; ||39 participantes não informaram se recebiam ou não o benefício Bolsa-família. Nota: (n = 134).

No tocante às doenças autorreferidas, 60,4% de todas as participantes mencionaram alguma doença crônica (Figura 1), e as doenças mais referidas em ambos os grupos foram hipertensão e diabetes.

Entre as usuárias de BZD, verificou-se que 46,9% (n = 30) eram hipertensas e 17,2% (n = 11) eram diabéticas. Já no grupo de não usuárias, 22,9% (n = 16) eram hipertensas e 10% (n = 7), diabéticas. A diferença entre o número de mulheres que referiu hipertensão nos dois grupos foi significativa (p = 0,003).

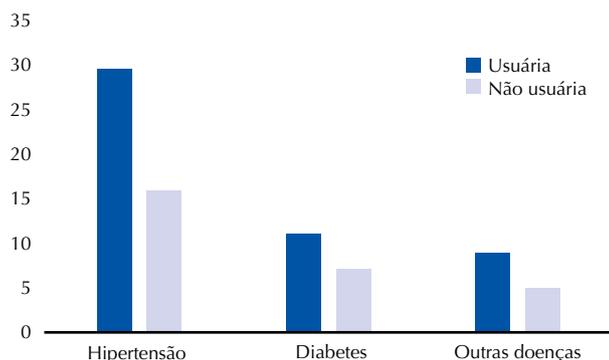


Figura 1 – Frequência de mulheres que autorreferiram doenças crônicas entre usuárias e não usuárias de benzodiazepínicos – São Carlos, SP, Brasil, 2015-2016.

Nota: (n=134).

Em relação ao número de doenças referidas, as mulheres usuárias de BZD apresentaram mais doenças do que as não usuárias (médias da posição: 82,1 e 54,2, respectivamente; p < 0,001).

As variáveis uso de outros psicotrópicos, escolaridade, idade e doenças autorreferidas, cujos testes de associação apresentaram resultados significantes na comparação entre os dois grupos, foram utilizadas para a criação de um modelo explicativo sobre os fatores associados ao uso de BZD. O modelo que melhor explicou esse uso está descrito na Tabela 2.

Usar outro psicotrópico e apresentar doenças autorreferidas se constituíram em fatores de risco para o uso de BZD na amostra estudada. As mulheres que usavam outros psicotrópicos apresentaram 5,17 vezes mais chances de usar BZD do que as que não usavam. Já as mulheres que autorreferiram alguma doença crônica apresentaram 4,8 vezes mais chances de usar BZD do que as que não referiram.

Tabela 2 – Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos de acordo com o modelo final da regressão logística – São Carlos, SP, Brasil, 2015-2016.

Fatores	p valor	odds ratio	Intervalo de confiança (95%)	
			Limite inferior	Limite superior
Uso de outro psicotrópico	0,000	5,176	2,134	12,553
Doenças referidas	0,001	4,797	1,832	12,563
Escolaridade	0,180	1,828	0,757	4,415
Idade	0,837	0,997	0,965	1,029

Nota: (n = 134).

DISCUSSÃO

Em relação à média de idade das usuárias de BZD identificada neste estudo (55 anos), um estudo prévio⁽⁶⁾ apresentou exatamente a mesma média. Em outro estudo⁽⁵⁾, os autores apontaram uma média de 57 anos e afirmaram ainda que a proporção de mulheres usuárias aumentava com a elevação da idade, corroborando os resultados desta pesquisa.

Todavia, a prescrição desses medicamentos para pacientes idosos é apontada por alguns autores como inadequada, pois especialmente os BZD de meia-vida longa aumentam o risco de quedas e, conseqüentemente, de fraturas. Recomenda-se que quando a utilização desses fármacos for indispensável sejam prescritas baixas doses e BZD de meia-vida curta, pois essa população apresenta alterações fisiológicas que interferem na metabolização dos medicamentos, tornando-a mais vulnerável às interações medicamentosas e reações adversas⁽¹⁹⁾.

A correlação positiva entre idade avançada e uso de BZD está bem descrita na literatura, tanto que vários autores dedicam seus estudos exclusivamente a essa população. Como o envelhecimento muitas vezes pode vir acompanhado do surgimento de transtornos do sono, ansiedade, depressão e doenças neurodegenerativas, considera-se que essas condições possam contribuir para o aumento do consumo de psicotrópicos nessa fase da vida⁽⁷⁾.

As mulheres de ambos os grupos da amostra deste estudo tinham baixa escolaridade, mas esse índice era maior entre as usuárias de BZD. A escolaridade tem sido descrita como um importante fator relacionado ao surgimento de problemas de saúde, tanto da própria mulher quanto dos filhos que estão sob seus cuidados. Além disso, em estudo prévio realizado na atenção primária, observou-se que pessoas com escolaridade baixa têm 1,7 vezes mais probabilidade de fazer uso de psicotrópicos⁽¹⁸⁾.

Houve diferença significativa entre usuárias e não usuárias de BZD no que se refere à escolaridade. As mulheres usuárias de BZD eram as que menos estudaram (65,6%), no entanto, esse fator de risco não se mostrou significativo no modelo final de regressão. Entende-se que tal condição pode reduzir o acesso a informações sobre os prejuízos relacionados ao uso crônico de BZD.

Além disso, a baixa escolaridade está diretamente ligada à maior dificuldade de boas chances profissionais e de ascensão social, “podendo contribuir para pior qualidade de vida, chances de desenvolver Transtornos Mentais Comuns e, conseqüentemente, aumento da possibilidade de uso de psicofármacos”⁽¹⁸⁾.

No tocante ao perfil das famílias às quais as mulheres estudadas pertenciam, identificou-se que eram, em geral, constituídas por três a quatro pessoas, com casa própria e não beneficiárias de programas sociais do governo. Sobre a renda familiar, observou-se predominância de mulheres que declararam ganhar mais que dois salários mínimos nos dois grupos, mas a interpretação deste resultado é limitada devido à grande porcentagem de dados perdidos em relação a essa variável.

Apesar disso, considerando as características do território onde está localizada a USF pesquisada, sugere-se que a população deste estudo era composta de mulheres que não aparentavam vulnerabilidade social importante, apesar da baixa escolaridade e o não exercício de trabalho remunerado pela maioria delas.

Identificou-se que 7,4% das mulheres adultas cadastradas na referida unidade de saúde eram usuárias de BZD. A prevalência é um dado de difícil análise, visto que entre os estudos há peculiaridades da população, bem como diferenças referentes ao local de estudo, estratégias de amostragem e fontes de dados utilizadas – fatores que podem ser determinantes das variações de prevalência. Além disso, entende-se que as características sociodemográficas específicas da população de cada estudo possam também contribuir para a variabilidade.

Assim, a prevalência descrita em estudos prévios^(5-6,16,18-20) varia entre 2,5% e 16,8%. Dentre os estudos realizados na atenção primária, um deles⁽¹⁹⁾ descreve a prevalência de 2,5% de mulheres usuárias de BZD, porém para a coleta dos dados os autores utilizaram apenas pessoas usuárias de BZD nos últimos 6 meses, a partir de informações obtidas pelo sistema de informação da cidade.

Outro estudo⁽¹⁸⁾ realizado em uma UBS apresentou, a partir de dados primários, prevalência de 13%. Assim, a prevalência encontrada neste estudo (7,4%) ficou abaixo da descrita em estudo prévio. Esse resultado responde a uma das questões deste estudo, sugerindo que as USF têm foco mais preventivo, e as ações de suas equipes partem de uma perspectiva de saúde mais ampla. Entende-se que tais características possam ter contribuído para esse achado.

Outro importante resultado obtido neste estudo foi a identificação de que as mulheres com doenças autorreferidas apresentaram 4,8 vezes mais chances de usar BZD do que as que não referiram doenças. Pesquisa recente apontou que pacientes que fazem uso de BZD apresentam níveis mais altos de comorbidade médica. Isso foi verificado a partir da identificação de que existe aumento da frequência de diagnósticos médicos e taxas mais elevadas de utilização de serviços de saúde associados com a prescrição desse tipo de medicamento⁽⁶⁾.

Os autores do estudo citado propuseram duas explicações para tais resultados: a de que os pacientes com maior número de comorbidades clínicas são mais propensos a receber prescrição de BZD; e/ou que os BZD podem aumentar o risco de resultados adversos para a saúde de seus usuários. Outro achado dessa mesma pesquisa diz respeito ao número excessivo de prescrições médicas de BZD a pacientes que apresentavam fatores que contraindicam seu consumo, como, por exemplo, idade avançada, doenças pulmonares, osteoporose e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Isso se refletiria na piora da qualidade de saúde apresentada por esses pacientes⁽⁶⁾.

Como descrito na Tabela 1, as usuárias de BZD referem significativamente mais doenças crônicas que as não usuárias ($p < 0,001$). O modelo de regressão construído aponta que as mulheres que referiram alguma doença apresentaram quase cinco vezes mais chances de usar algum tipo de BZD.

As duas doenças que se destacaram neste estudo em ambos os grupos foram as doenças crônicas mais comumente observadas na população em geral: hipertensão arterial e diabetes. O notável, no entanto, foi a constatação de que no grupo das usuárias de BZD a porcentagem de mulheres que referiram hipertensão arterial é mais que o dobro.

“A prevalência da hipertensão arterial sistêmica autorreferida no Brasil é de 20,9%”⁽²¹⁾. Neste estudo, 22,9% das não usuárias de BZD eram hipertensas, e, entre as usuárias de BZD, 46,9% – mais que o dobro da população em geral, todavia, próxima à prevalência encontrada por estudo conduzido especificamente com usuários de BZD hipertensos⁽²²⁾.

A relação entre ansiedade e hipertensão arterial é tema antigo no meio acadêmico, porém não é tão clara como pode parecer. Um estudo de revisão de literatura⁽²³⁾ apontou que ainda existem muitas perguntas não elucidadas, e que de fato uma doença influencia a outra. Apesar disso, descreve que tal influência pode se dar de formas variadas, dependendo, inclusive, do tipo de resposta psicológica do indivíduo.

Por exemplo, o uso de mecanismos de defesa, como o embotamento afetivo diante de situações ansiogênicas ou em pacientes ansiosos, pode causar queda na pressão arterial. Outro dado importante é que o próprio diagnóstico de hipertensão pode gerar ansiedade. No entanto, alguns autores afirmam que indicações de ansiolíticos a todos os hipertensos não é um bom caminho terapêutico, porque nem sempre a hipertensão é de causa ansiosa ou irá, necessariamente, gerar ansiedade patológica nos pacientes^(6,23).

A amostra estudada apresentou maior porcentagem de diabéticos (10% entre as não usuárias e 17,2% entre as usuárias de BZD), se comparada com pesquisa recente, que indicou prevalência de 6,2% de pessoas que autorreferiram ser diabéticas no Brasil⁽²⁴⁾.

No tocante à associação entre ter diabetes e usar BZD, apesar da porcentagem de mulheres com diabetes ter sido maior entre as usuárias, o teste de associação não demonstrou ser um resultado significativo ($p = 0,223$). Outra pesquisa brasileira também realizada na atenção básica apresentou resultados superiores⁽²⁵⁾.

Pesquisadores de Taiwan descreveram maior prevalência de diabetes em pacientes com transtornos de ansiedade (11,89%), quando comparados com a população geral (5,92%)⁽²⁶⁾. Os autores sugerem duas explicações para isso: a primeira seria que as alterações fisiológicas causadas pela ansiedade podem gerar desequilíbrio na regulação da via hipotálamo-pituitária-adrenal, resultando em níveis de cortisol elevados e que podem inibir a função da insulina de várias maneiras. A outra explicação seria que os pacientes com transtornos de ansiedade geralmente usam drogas psicótropas, como antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores de humor e benzodiazepínicos, o que contribuiria para o ganho de peso e desenvolvimento de hiperglicemia, hipertensão e hiperlipidemia⁽²⁶⁾.

Um estudo longitudinal australiano sobre ansiedade e diabetes observou que a probabilidade de desenvolver diabetes foi maior nas mulheres que tinham sintomas persistentes de ansiedade. As duas explicações fisiológicas dos autores citados anteriormente foram descritas também pelos

pesquisadores australianos⁽²⁷⁾. Apesar disso, os resultados não foram conclusivos a ponto de afirmar que a ansiedade leva ao desenvolvimento de diabetes, em função das muitas variáveis confundidoras que não puderam ser controladas. No entanto, o que pode ser concluído é que somente sintomas persistentes de ansiedade podem estar associados a um modesto aumento no risco de desenvolvimento de diabetes⁽²⁷⁾.

O uso de BZD concomitantemente a outros medicamentos psicotrópicos foi referido por quase metade das mulheres (48,4%) deste estudo. Identificou-se também que usar outros psicotrópicos foi fator de risco, isto é, mulheres que usavam outros psicotrópicos apresentaram 5,17 vezes mais chances de usar BZD do que as que não usavam. A combinação mais presente foi a de antidepressivos e BZD, também em consonância com estudos anteriores⁽¹⁰⁾.

O fato de quase metade das usuárias de BZD ser também usuária de outros psicotrópicos pode levantar duas suspeitas, a saber: 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 associação de psicotrópicos é prática comum na psiquiatria, e as usuárias de BZD provavelmente já eram usuárias de outros psicotrópicos ou iniciaram simultaneamente o uso desse fármaco; 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.

Há ainda risco potencial nas combinações de drogas que agem diretamente no Sistema Nervoso Central (SNC). Embora frequentemente se utilize combinações nos tratamentos de doenças mentais, ressalta-se que interações medicamentosas com efeitos de leves a graves podem ocorrer.

Outra questão importante é entender que pessoas em sofrimento emocional muitas vezes somatizam, tornando físico um problema de origem psíquica, o que leva ao consumo de mais medicamentos. Nesse sentido, além dessa combinação, alguns autores ressaltam que indivíduos com transtornos mentais comuns são mais suscetíveis à prescrição de maior número de medicamentos psicotrópicos e outros, levando a riscos ainda maiores^(16,18).

Portanto, a conscientização sobre os riscos (tanto por parte das usuárias quanto dos médicos e demais membros da equipe de saúde) e a efetivação do suporte institucional por parte de especialistas em saúde mental são essenciais para que a prescrição de BZD e outros psicotrópicos não se constitua em primeira ou única alternativa na terapêutica de transtornos ansiosos e outros sofrimentos mentais, sobretudo pelos médicos da atenção básica.

Esse dado suscita uma reflexão importante, que pode ser desenvolvida sob dois pontos de vista. Em primeiro lugar, cabe questionar se de fato tais prescrições correspondem à condição clínica atual das usuárias, isto é, se diagnóstico e terapêutica são condizentes. Caso a resposta ao questionamento seja positiva, depreende-se, em segundo lugar, que as equipes atuantes na referida USF estão, de certa forma, sendo contingentes com as demandas de saúde mental da

comunidade, pois outrora tais mulheres estariam internadas ou apenas acompanhadas pelos serviços especializados.

A partir desses questionamentos, recomenda-se que as equipes atentem também para as necessidades psicossociais das pessoas com transtorno mental, discutindo e empreendendo esforços para implementar ações de inserção e reinserção social e de ampliação das redes de apoio que possam ser estratégicas no auxílio à contenção dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, evitando assim a necessidade do uso de mais psicotrópicos e/ou serviços de maior complexidade.

As principais limitações do estudo foram a utilização de dados secundários, principalmente pela falta de algumas informações e a precariedade na organização dos registros na unidade, e a coleta de dados em apenas uma unidade de saúde. Entende-se que ampliar a amostra incluindo mais serviços de saúde poderia gerar resultados ainda mais significativos. Para pesquisas futuras, sugere-se o desenvolvimento de estudo com dados primários e utilizando também técnicas qualitativas, a fim de aprofundar a análise do fenômeno considerando a percepção das próprias usuárias.

CONCLUSÃO

A prevalência do uso de BZD entre as mulheres estudadas foi menor do que a identificada em estudos prévios em UBS. Em relação aos fatores de risco, ter doença crônica e usar outro psicotrópico foram significativamente associados ao uso de BZD, resultado advindo tanto das análises bivariadas quanto da regressão logística. Já em relação à escolaridade, houve associação significativa com o uso de BZD apenas nas análises bivariadas. A renda não se constituiu em fator associado em nenhum dos testes realizados.

Este estudo apresenta importantes contribuições para a área da saúde. Em primeiro lugar deve-se observar as questões relacionadas à identificação de fatores de risco, pois, no atual contexto, marcado por forte discriminação de gênero, ser mulher por si só já se caracteriza como uma situação de vulnerabilidade. Logo, as características identificadas nesta amostra, como baixa escolaridade, média de idade alta e ter doença crônica, ressaltam um conjunto de fatores de risco aos quais as mulheres estão expostas. Destaca-se também que, conforme apontado nos resultados, muitas mulheres provavelmente têm o diagnóstico de algum transtorno mental, dado o uso de diversos psicotrópicos, inclusive antipsicóticos.

Em segundo lugar, vale ressaltar as questões relacionadas à prescrição consciente de BZD, pois um aspecto que merece destaque refere-se aos riscos da associação medicamentosa na utilização de substâncias que agem diretamente no SNC. Conforme apontado neste estudo, tal associação pode estar ainda mais agravada nessa população devido ao alto índice de doenças crônicas autorreferidas, sobretudo diabetes e hipertensão, pois além dos psicotrópicos ainda há o consumo de medicamentos para o controle destas doenças.

É também preciso pontuar a identificação de grupos mais vulneráveis em relação ao uso de BZD, isto é, ao considerar também os potenciais riscos à saúde que o uso crônico de BZD pode ocasionar, conclui-se que o grupo que deve receber maior atenção em relação ao consumo dessa substância

é o de mulheres de meia-idade ou mais, com pouca escolaridade e doença crônica.

Em suma, entende-se que as equipes das USF necessitam de suporte de equipes de saúde mental para ampliar sua oferta de intervenções comunitárias e ações de promoção da saúde mental de caráter psicossocial que sejam alternativas e/ou complementares ao tratamento puramente medicamentoso.

Tendo em vista esse conjunto de considerações, vale ressaltar que os enfermeiros têm papel-chave no processo de trabalho das equipes de saúde da família, e seu rol diversificado de saberes e papéis é de suma importância para que as recomendações propostas neste estudo sejam consideradas no planejamento do cuidado dos usuários, sobretudo no âmbito da atenção básica.

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência do uso de benzodiazepínicos por mulheres adultas em uma Unidade de Saúde da Família e identificar os fatores de risco associados a esse uso. **Método:** Estudo quantitativo de corte transversal, que se utilizou de dados secundários, desenvolvidos em uma Unidade de Saúde da Família do interior de São Paulo. Os dados foram coletados a partir das seguintes fontes: prontuários, fichas cadastrais e arquivo de receitas da farmácia da referida unidade de saúde. Foram utilizados os testes qui-quadrado, t de Student, Mann-Whitney e análise de regressão logística. **Resultados:** Foram identificadas 81 usuárias de benzodiazepínicos entre 1.094 mulheres adultas (7,4%). Em relação aos fatores de risco, a comparação dos grupos de usuárias (n = 64) e não usuárias de benzodiazepínicos (n = 70) apontou que ter doença crônica e usar outro psicotrópico foram significativamente associados ao uso de benzodiazepínicos. **Conclusão:** A prevalência encontrada foi menor do que a descrita em estudos prévios realizados em Unidades Básicas de Saúde. 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.

DESCRITORES

Psicotrópicos; Mulheres; Prevalência; Fatores de Risco; Doença Crônica; Estratégia Saúde da Família.

RESUMEN

Objetivo: Estimar la prevalencia del empleo de benzodiazepinas por mujeres adultas en una Unidad de Salud de la Familia e identificar los factores de riesgo asociados con dicho uso. **Método:** Estudio cuantitativo de cohorte transversal, que se utilizó de datos secundarios, desarrollados en una Unidad de Salud de la Familia del interior de São Paulo. Los datos fueron recogidos de las siguientes fuentes: fichas médicas, fichas de registro y archivo de recetas de la farmacia de la mencionada unidad de salud. Fueron utilizadas las pruebas de Chi cuadrado, t de Student, Mann-Whitney y análisis de regresión logística. **Resultados:** Fueron identificadas 81 usuarias de benzodiazepinas entre 1.094 mujeres adultas (7,4%). Con respecto a los factores de riesgo, la comparación de los grupos de usuarias (n = 64) y no usuarias de benzodiazepinas (n = 70) señaló que tener enfermedad crónica y usar otro psicótropo estuvieron significativamente asociados con el uso de benzodiazepinas. **Conclusión:** La prevalencia encontrada fue menor que la descrita en estudios previos realizados en Unidades Básicas de Salud. El grupo que debe recibir mayor atención con relación al consumo de benzodiazepinas es el de mujeres de mediana edad o más, con poca escolaridad y enfermedad crónica.

DESCRIPTORES

Psicotrópicos; Mujeres; Prevalencia; Factores de Riesgo; Enfermedad Crónica; Estrategia de Salud Familiar.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo AJP, Araújo AA, Ferreira MAF. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [citado 2016 dez. 30];21(1):83-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0083.pdf>
2. International Narcotics Control Board. Psychotropic substances: statistics for 2013 [Internet]. New York: United Nations; 2014 [cited 2016 Dec 30]. Available from: https://www.incb.org/documents/psychotropics/technical-publications/2013/en/english_2013_tech_pub.pdf
3. International Narcotics Control Board. Psychotropic substances: statistics for 2014. [Internet]. New York: United Nations; 2015 [cited 2016 Dec 30]. Available from: https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/Publications/2015/incb/INCB_Annual_Report_2014_EN.pdf
4. World Health Organization. Programme on substance abuse: rational use of benzodiazepine [Internet]. Geneva: WHO; 1996 [cited 2016 Dec 30]. Available from: https://www.ewid.org/pharms/benzodiazepine/benzodiazepine_info1.pdf
5. Bénard-Larivière A, Noize P, Pambrun E, Bazin F, Verdoux H, Tournier M, et al. Comorbidities and concurrent medications increasing the risk of adverse drug reactions: prevalence in French benzodiazepine users. *Eur J Clin Pharmacol*. 2016;72(7):869-76. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00228-016-2044-y>
6. Kroll DS, Nieva HR, Barsky AJ, Linder JA. Benzodiazepines are prescribed more frequently to patients already at risk for benzodiazepine-related adverse events in primary care. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 30];31(9):1027-34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4978684/>
7. Morgan SG, Weymann D, Pratt B, Smolina K, Gladstone EJ, Raymond C, et al. Sex differences in the risk of receiving potentially inappropriate prescriptions among older adults. *Age Ageing* [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 30];45(4):535-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4916346/>
8. Alonso F, Esteban C, Montoro L, Tortosa F. Psychotropic drugs and driving: prevalence and types. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 30];13:14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4018967/>
9. Riska BS, Skurtveit S, Furu K, Engeland A, Handal M. Dispensing of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs to pregnant women: a population-based cohort study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70(11):1367-74.

10. Souza ARL, Opaleye ES, Noto AR. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [citado 2016 dez. 30];18(4):1131-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400026
11. Canham SL. What's loneliness got to do with it? Older women who use benzodiazepines. *Australas J Ageing*. 2015;34(1):E7-E12.
12. Smith M, Frey BN. Treating comorbid premenstrual dysphoric disorder in women with bipolar disorder. *J Psychiatry Neurosci* [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 30];41(2):E22-E23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4764487/>
13. Petersen I, McCrea RL, Sammon CJ, Osborn DP, Evans SJ, Cowen PJ, et al. Risks and benefits of psychotropic medication in pregnancy: cohort studies based on UK electronic primary care health records. *Health Technol Assess* [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 30];20(23):1-176. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK350789/>
14. Vicens C, Bejarano F, Sempere E, Mateu C, Fiol F, Socias I, et al. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care. *Br J Psychiatry*. 2014;204(6):471-9.
15. Borges TL, Hegadoren KM, Miaso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado 2016 dez. 8];38(3):195-201. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n3/v38n3a03.pdf>
16. Rocha BS, Werlang MC. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [citado 2016 dez. 30];18(11):3291-300. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100019
17. Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saúde Coletiva*. 2000;8(2):9-28.
18. Borges TL, Miaso AI, Vedana KGG, Telles Filho PCP, Hegadoren KM. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2016 dez. 15];28(4):344-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0344.pdf>
19. Queiroz Netto MU, Freitas O, Pereira LRL. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2012;33(1):77-81
20. Quintana MI, Andreoli SB, Peluffo MP, Ribeiro WS, Feijo MM, Bressan RA, et al. Psychotropic drug use in São Paulo, Brazil: an epidemiological survey. *PLoS One* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 30];10(8):e0135059. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4529275/>
21. Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 30];29(1):62-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
22. Tomas A, Horvat O, Tomic Z, Ban M, Sabo A. Pattern of benzodiazepines utilization in outpatients with hypertension in Serbia. *Value Health*. 2014;17(7):A504.
23. Byrd JB, Brook RD. Anxiety in the "age of hypertension". *Curr Hypertens Rep*. 2014;16(10):486.
24. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2016 dez. 30];24(2):305-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200305
25. Silva VP, Botti NCL, Oliveira VC, Guimarães EAA. Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde. *Rev Enferm Cent Oeste Min* [Internet]. 2015 [citado 2016 dez. 30];5(1):1393-400. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/546>
26. Chien IC, Lin CH. Increased risk of diabetes in patients with anxiety disorders: a population-based study. *J Psychosom Res*. 2016;86:47-52.
27. Hasan SS, Clavarino AM, Mamun AA, Kairuz T. Anxiety symptoms and the risk of diabetes mellitus in Australian women: evidence from 21-year follow-up. *Public Health*. 2016;130:21-8.

