

USO INDISCRIMINADO DOS BENZODIAZEPÍNICOS: a contribuição do farmacêutico para um uso consciente

Joana Darc Lima de Oliveira¹
Lisiane Amim Mota Lopes²
Geane Freitas Pires de Castro³

Resumo: Os benzodiazepínicos foram introduzidos na medicina clínica, acidentalmente nos anos 60 e com o decorrer dos anos, passaram a ser largamente prescritos uma vez que apresentam uma grande eficácia terapêutica além de serem seguros. Os benzodiazepínicos são medicamentos que promovem efeitos através de interações com receptor alostérico do ácido gama-amino-butírico, promovendo a diminuição da ansiedade, hipnose, relaxamento entre outros. Sua ação varia conforme sua farmacocinética, podendo ser principalmente de curta ou longa duração, produzindo maior ou menor efeito de dependência, abstinência e ou tolerância, que se tornaram os problemas mais alarmantes quanto ao uso destes fármacos. Esta classe de medicamentos teve uma grande ascensão ao longo dos anos, se tornando um dos medicamentos mais vendidos no mundo, porém, utilizados de modo irracional, surgindo deste modo à necessidade da imposição de uma lei que tivesse como objetivo principal o controle do uso destes fármacos, surgindo à Portaria 344/98 cujo intuito é promover o uso racional destes medicamentos, ressaltando o papel do farmacêutico, e minimizar ou até mesmo exterminar os riscos do uso inadequado dos benzodiazepínicos. Sendo assim, o presente trabalho analisou o uso indiscriminado dos benzodiazepínicos, destacando a maneira pela qual o profissional farmacêutico deve auxiliar no controle do uso exacerbado dos mesmos.

Palavras-chave: Ansiolítico. Hipnótico. Uso irracional. Papel do farmacêutico.

Introdução

Os benzodiazepínicos (BZDs) tiveram sua introdução na medicina clínica nos anos 60, sendo, o clordiazepóxido, o primeiro medicamento a ser descoberto, acidentalmente, pelo doutor Leo H. Sternbach (BERNIK, 1999).

São utilizados como ansiolíticos e hipnóticos além de possuir ação miorrelaxante e anticonvulsivante. Esta classe de medicamentos apresenta uma capacidade baixa de produzir depressão fatal do Sistema Nervoso Central (SNC), (GOODMAN & GILMAN, 2005), no entanto, uma razoável margem de segurança e incontestável eficácia terapêutica.

Deste modo, os BZDs, tiveram uma grande aceitação médica e passaram a ser

¹ Graduanda do Curso de Farmácia Centro Universitário São José de Itaperuna (UNIFSJ), em Itaperuna/ RJ. E-mail: j.doliv@hotmail.com

² Graduanda do Curso de Farmácia Centro Universitário São José de Itaperuna (UNIFSJ), em Itaperuna/RJ. E-mail: lisiane_amim@hotmail.com

³ Especialista em Gestão Escolar. Graduada em Farmácia. Professora do Centro Universitário Fundação São José (UNIFSJ), em Itaperuna/RJ. E-mail: gege_freitas@yahoo.com.br – Orientadora.

amplamente prescritos em substituição aos fármacos anteriormente utilizados para ansiedade, os barbitúricos, que apresentavam inúmeros efeitos adversos e indesejáveis, uma vez que afetavam a capacidade intelectual e motora do paciente, além de apresentarem riscos de superdosagem, que ocorriam em doses próximas da faixa terapêutica (BERNIK, 1999).

No final dos anos 70 pesquisadores começaram a detectar o uso indiscriminado dos BZDs que contribuiu para o surgimento de efeitos indesejáveis e nocivos a saúde do paciente como a dependência, tolerância e abstinência (NATASY *et al.*, 2008).

Com o número crescente do uso crônico dos BZDs, surgiram preocupações com relação ao controle dessas drogas, assim, o consumo destes medicamentos é controlado, atualmente, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através de sua comercialização e prescrição, incluídas na Portaria 344 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998).

Estudos demonstraram que 50 milhões de pessoas, aproximadamente, fazem uso diário dos BZDs, as incluindo entre as drogas mais vendidas no mundo, representando 50% dos psicotrópicos prescritos, (NATASY *et al.*, 2008); e que cada clínico têm em sua lista 50 pacientes dependentes de BZDs, sendo que metade destes pacientes gostariam de parar com o seu uso (PETHER, 1993).

Este consumo abusivo ocorre devido à falta de tolerância da humanidade para lidar com stress, seja no serviço, trânsito ou até na sua própria casa procurando a resolução instantânea de seus problemas cotidianos, através de um comprimido, além de inúmeros outros motivos que proporcionam a popularidade e uso irracional destes medicamentos como sua segurança por exemplo.

Neste contexto, com tantos empecilhos, o farmacêutico se torna essencial uma vez que o cliente chega para adquirir o medicamento com inúmeras dúvidas, reservando a este profissional promover uma dispensação segura, através de orientações indispensáveis, evitando, deste modo, problemas futuros relacionados aos BZDs, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e proporcionando melhores resultados quanto ao uso racional desta classe de medicamentos.

O presente artigo tem por objetivo analisar o uso abusivo de drogas hipnóticas e ansiolíticas da classe dos BZDs e ressaltar a importância da contribuição do profissional farmacêutico no controle do uso indevido destes medicamentos, a partir

de artigos, periódicos e bibliografias dos principais estudos dentro da literatura relacionados ao assunto relatado neste artigo.

1 Farmacologia dos Benzodiazepínicos

Em meados dos anos 50, um cientista americano, Leo Sternback, nos Estados Unidos da América, fazia um estudo com pacientes esquizofrênicos, utilizando como medicamento o clordiazepóxido. Na síntese deste medicamento, obteve-se uma mudança inesperada e então não se alcançou a ação antipsicótica esperada pelo medicamento e sim a redução da ansiedade destes pacientes em estudo (BERNICK, 1999).

Então a partir dos anos 60 o clordiazepóxido, comercializado com o nome Librium, foi largamente prescrito já que proporcionava resultados mais seguros que os barbitúricos uma vez que não induziam a depressão respiratória significativa.

Esta classe de medicamentos recebe este nome devido sua estrutura química que consiste em um anel aromático, que tem quatro grupos substituintes principais que podem ser modificados sem alterar sua atividade (SOARES, 2011).

1.1 Farmacodinâmica dos benzodiazepínicos

Esta classe de medicamentos age no sistema de neurotransmissão do ácido gama-amino-butírico (GABA), que é o principal neurotransmissor inibitório, sendo que 20%, aproximadamente, dos neurônios do SNC são gabaérgicos (SWEETMAN, 2005).

Os BZDs promovem seus efeitos através de interações alostéricas com seu receptor, cujo nome é o mesmo do neurotransmissor, GABA, do tipo A. Este complexo GABA-A é formado por cinco subunidades proteicas, sendo dois do tipo alfa, dois do tipo beta e um gama, estando localizados no córtex, cerebelo e estruturas límbicas (RANG & DALE, 2012).

Os BZDs se ligam nos receptores GABA-A, mais precisamente na sua porção alfa, não atuando diretamente no receptor GABA, com isso ocorre uma potencialização no momento em que o neurotransmissor se liga ao seu receptor. Tendo ocorrido à ligação do receptor GABA-A, pelo GABA tem-se a abertura do

canal de cloreto, proporcionando o influxo deste íon, resultando na hiperpolarização da membrana e conseqüentemente diminuição da excitabilidade da célula (RANG & DALE, 2012).

Os BZDS, além de serem agonistas alostéricos fracos, apresentam uma maior segurança terapêutica uma vez que só produzem efeito caso o sistema gabaérgico esteja íntegro, diferentemente dos barbitúricos que ativam diretamente o canal cloreto deprimindo inclusive o sistema respiratório, acarretando em uma menor segurança terapêutica (SEIBEL & JUNIOR, 2000).

1.2 Farmacocinética dos benzodiazepínicos

As diferenças de início, intensidade e duração de efeitos entre os BZDs são explicados a partir de sua farmacocinética (RANG & DALE, 2012).

Estes medicamentos podem ser administrados por via oral, intravenosa, intramuscular e transmucosa, sendo que por via oral e intravenosa tem-se uma absorção melhor. As taxas de absorção oral dos BZDs se diferenciam pela sua lipossolubilidade, sendo diferente na determinação da taxa com que os BZDs penetram no SNC (SOARES, 2011).

De modo geral a lipossolubilidade dos BZDs é alta, isto é, são rapidamente absorvidos uma vez que atravessam com facilidade a barreira hematoencefálica, sendo assim sua taxa de absorção se torna determinante do início de ação após a ingestão de uma única dose (BERNIK, 1999).

Os BZDs possuem uma boa absorção pelo trato gastrointestinal, atingindo uma concentração plasmática de pico em aproximadamente uma hora, no entanto, alimentos e terapia associada a fármacos que alteram o pH gástrico podem interferir na absorção destes medicamentos aumentando-a ou a diminuindo (GOLAM 2009, OGA, 2008).

Conforme o tempo de meia vida, os BZDs podem ser divididos em compostos principalmente de meia vida longa como diazepam, clonazepam, clordiazepóxido e meia-vida curta, por exemplo, alprazolam e lorazepam (RANG & DALE, 2007).

Os BZDs de meia vida longa apresentam as seguintes vantagens: dose menos frequente, menor variação na concentração plasmática e fenômenos de abstinência menos grave, apesar de apresentarem desvantagens como o acúmulo

de medicamentos no organismo, aumentando assim o risco de comprometimento psicomotor e aumento de sedação diurna (MEDEIROS, 2004).

Por outro lado, os medicamentos de meia vida curta não se acumulam no organismo e tem menor sedação diurna, sendo mais utilizados como indutores do sono, já que não tem efeito de sonolência ao acordar, enquanto os de meia vida longa são mais utilizados como ansiolíticos, uma vez que, permanecem no organismo por mais tempo (GOODMAN & GILMAN, 2005).

Além disso, vale ressaltar que a dose utilizada com o objetivo de efeito ansiolítico é menor que a utilizada como hipnótico.

1.3 Indicação terapêutica

Devido sua margem de segurança ser alta, os BZDs tiveram uma grande ascensão nas últimas décadas, sendo que apresentam 20 tipos de compostos disponíveis para uso clínico, que por possuírem ação rápida são empregados no tratamento imediato da insônia, ansiedade aguda, agitação e ansiedade associada, porém tem um grande risco de dependência tanto psicológica quanto física dificultando sua utilização por um longo prazo (SADOCK, 2007).

Além de exercerem efeitos ansiolíticos para alívio de ansiedade e estado de agressividade, os BZDs têm ação hipnótica induzindo e mantendo o sono, miorrelaxante, anticonvulsivante e anestésico. Devem ser indicados de acordo com orientação do médico e conforme a individualidade de cada paciente, devendo ser prescritos quando outros métodos alternativos não tiverem obtido resultados satisfatórios (MEDEIROS, 2004).

O alprazolam, BZD de meia-vida curta, além de possuir ação hipnótica e sedativa também apresenta atividade antidepressiva.

Segundo Rang & Dale (2012, p. 535)

O clonazepam é usado para tratar epilepsia, assim como o diazepam, que é administrado por via retal em crianças no caso de crises agudas e por via intravenosa para controlar crises convulsivas que coloquem em risco no estado de mal epilético.

1.4 Efeitos adversos e contra-indicação

Segundo Rang & Dale (2012, p.536) “Os benzodiazepínicos em superdosagem

aguda são consideravelmente menos perigosos que outros ansiolíticos/ hipnóticos.” Apesar disso, podem acarretar efeitos adversos quando utilizados concomitante com cimetidina, antibióticos macrolídeos, antidepressivos atípicos e principalmente quando utilizados com outras drogas depressoras do SNC como o álcool e barbitúricos, pois, estas drogas podem aumentar a absorção dos BZDs proporcionando um maior efeito sedativo (SOARES, 2011).

Os efeitos indesejáveis das drogas que induzem e mantêm o sono, resultam da depressão do SNC como tontura, sedação, queda de discernimento e coordenação motora e mental, amnésia anterógrada, ataxia e letargia, podendo dificultar o processo de aprendizagem e memória.

Além dos efeitos depressores do SNC podem surgir outros efeitos colaterais como náuseas, diarreia, incontinência urinária, impotência sexual.

Mesmo administrados antes de dormir o paciente pode apresentar sonolência diurna, devendo ressaltar o uso por idosos, que podem apresentar um grande risco de quedas, fraturas, acidente, intoxicação e efeitos colaterais. Por este grupo de pessoas serem mais sensíveis aos efeitos sedativos e hipnóticos, é indicado aos mesmos à metade da dose utilizada por um adulto mais jovem.

É importante ressaltar o fato de que os BZDs atravessam a barreira placentária apresentando risco ao feto, levando a chances de anomalias congênitas e problemas neonatais como depressão respiratória leve no recém-nato, além disso, alguns medicamentos desta classe podem ser excretados no leite materno.

Pacientes que dirigem e que trabalham com equipamentos, máquinas perigosas é preciso de grande cuidado na administração dos BZDs, para que não promova consequências desastrosas.

Uma grande vantagem em relação a outros depressores do SNC é o fato de os BZDs possuírem um antagonista eficaz para neutralizar os efeitos de superdosagem, cujo nome flumazenil. Grande parte dos pacientes com intoxicação aguda precisa ficar em observação até que a depressão do SNC desapareça, sendo que nestes casos não é indicado a emese, mas sim lavagem gástrica em até uma hora após a ingestão, caso tenha sido ingerida a droga recentemente, pode-se utilizar o carvão ativado (SEIBEL & JUNIOR, 2001).

2 Uso indiscriminado

No princípio a elevada eficácia terapêutica e sua baixa capacidade de depressão do SNC foram os principais motivos para a rápida aceitação da prescrição médica dos BZDs. No entanto no final dos anos 70 através de pesquisas notou-se o aparecimento de efeitos indesejáveis em relação ao uso abusivo destes medicamentos (NATASY *et al.*, 2008).

Uma grande preocupação em relação ao uso dos BZDs é seu potencial de levar a tolerância e a dependência, podendo ser caracterizado pela síndrome de abstinência, causados principalmente pelo uso indiscriminado desta classe de medicamentos (MEDEIROS, 2004).

O uso indiscriminado dos BZDs se consolidou através da facilidade de adquirir receituário médico sem precisar em diversos casos de consulta formal, segurança em seu uso, a compra destes medicamentos sem receita especial da cor azul do tipo B1, baixo custo dos mesmos, automedicação, má indicação, falta de informação ao paciente, automedicação, distribuição gratuita pelo governo, imagem positiva conferida por usuários dependentes, somada a falta de prescrição adequada, que caracteriza um grande problema concomitante com receita falsificada, rasurada, incompleta, sem data ou vencida (NASTASY, *et al.*, 2008).

Deste modo o uso irracional destes medicamentos gera a dependência, que se tornou um problema de grande proporção uma vez que os pacientes em inúmeros casos simulam doenças, fazem bajulações, sedução e inclusive ameaças “*se eu não tomar esse medicamento vou morrer*”, “*se eu não tomar esse medicamento eu não durmo*” para conseguir um receituário especial.

Esta classe de medicamentos deve ser indicada apenas em casos que houver a real necessidade do paciente, em que a ansiedade faça parte da sua personalidade, interferindo no seu dia-a-dia, em um prazo curto de duração de tratamento, de acordo com a individualidade de cada paciente, sempre sob orientação e prescrição médica, devendo ter como opção outros métodos alternativos que não seja um fármaco, como acompanhamento de um psicólogo por exemplo (NASTASY, *et al.*, 2008).

3 Tolerância e dependência

A tolerância é a primeira manifestação do uso crônico dos BZDs, que ocorre quando há a administração repetida de uma determinada droga, de modo que seja necessária uma maior dose da droga para se obter o mesmo efeito, enquanto a dependência seria caracterizada pela perda de controle sobre o consumo de um fármaco gerando prejuízos tanto para o próprio indivíduo como para o mesmo na sua vida social (LARANJEIRA & CASTRO, 1999).

Segundo Rang & Dale (2012, p.596) “a tolerância descreve a queda no efeito farmacológico na administração repetida de uma “droga” que se desenvolve ao longo do tempo e proporciona o estado de dependência.”

Segundo Wafford *apud* Rang & Dale (2012, p. 537)

Ocorre tolerância (*i.e.*, doses progressivas necessárias para produzir o efeito procurado) com todos os benzodiazepínicos, assim como dependência, que é seu principal inconveniente. A tolerância parece representar mudança em relação aos receptores, mas o mecanismo não foi bem compreendido.

De acordo com Rang & Dale (2012, p. 594) a dependência de um determinado medicamento refere-se à condição humana na qual a utilização da “*droga*” se torna compulsiva, tendo prioridade sobre outras necessidades e, geralmente, com consequências adversas perigosas.

A dependência dos BZDs está relacionada com a sua farmacocinética, ou seja, com sua alta lipossolubilidade e capacidade de se distribuir pelo tecido cerebral, meia vida biológica, dose diária e tempo de uso.

Quando estes medicamentos são utilizados por mais de 12 meses o risco de dependência varia entre 25 a 40%, podendo ocorrer em dias ou semanas, sendo mais rapidamente em fármacos de meia vida curta e maior lipossolubilidade, por outro lado os fármacos de ação lenta, distribuição lenta e com alta taxa de ligação as proteínas plasmáticas e de demora da biotransformação, geralmente proporciona sintomas de abstinência de menor intensidade (OGA, 2008).

Vale ressaltar que a dependência física se caracteriza pela síndrome da retirada ou da abstinência, em que ao interromper a administração do medicamento o indivíduo apresenta efeitos adversos ao longo de um período, sintomas estes que podem ser revertidos ao introduzir novamente a droga ou outra da mesma classe terapêutica (BERNIK, 1999).

Por outro lado a dependência psicológica está ligada a capacidade de um

fármaco de reforçar os comportamentos associados ao seu consumo, como ser capaz de bajular, mentir como intuito de adquirir receituário para obtenção da droga, falsificação do mesmo, uma vez que para o dependente a prioridade em sua vida é o medicamento.

Deste modo, em tratamentos de curta duração a eficácia dos BZDs é bem documentada, por outro lado existem inúmeros pacientes que fazem o mau uso destes medicamentos, excedendo o tempo máximo de tratamento de 4 a 6 semanas, resultando com este uso abusivo, no aumento da probabilidade de riscos de efeitos indesejáveis como a tolerância, dependência e abstinência.

4 Síndrome de abstinência

A síndrome de abstinência é caracterizada como o resultado de adaptações fisiológicas reversíveis que ocorre devido à exposição a um fármaco (LARANJEIRA & CASTRO, 1999).

Os sintomas de abstinência como alteração da percepção, sudorese, taquicardia, vertigens, perda de peso, sensação de calor, irritabilidade, insônia, pesadelo, inquietação, cefaleia, ansiedade, tremor, fadiga, diminuição de concentração, insônia de rebote ocorrem devido à diminuição de benzodiazepínicos endógenos pelo uso crônico destes medicamentos.

Estes sintomas surgem para os BZDs de meia vida-curta em torno de 2 a 3 dias após a retirada do medicamento, e de 5 a 10 dias após a suspensão do uso dos de meia vida longa, podendo ocorrer também posteriormente à diminuição da dose desta classe de medicamentos, e em casos de utilização destes medicamentos em doses terapêuticas (MILLER, 1995).

A abstinência refere-se ao surgimento de sintomas decorrentes da interrupção ou redução do uso dos BZDs, enquanto, sintoma de rebote é caracterizado pelos sintomas os quais determinou o médico a prescrever o medicamento ao paciente, porém ainda mais intensos, podendo ocorrer mesmo após a utilização de uma única dose, e em poucos dias posteriormente a retirada do medicamento, podendo haver dificuldade médica ao diferenciar o sintoma de rebote com o reaparecimento da ansiedade (LARANJEIRA & CASTRO, 1999).

Todo o processo de retirada dos BZDs em muitos casos é de forma lenta, uma vez que exige alguns cuidados como a retirada de forma gradual da medicação,

conhecida como desmame, sendo a técnica mais efetiva e indicada, uma vez que a mesma evita a síndrome de abstinência além de ser de baixo custo e fácil execução. Na maioria dos casos os médicos preferem reduzir um quarto da dose por semana, sendo que 50% iniciais da retirada dos BZDs ocorrem mais facilmente em aproximadamente duas semanas, o restante é necessário um tempo maior, sendo essencial o apoio também psicológico na grande maioria dos casos (SEIBEL, JÚNIOR, 2001).

Caso não se obtenha sucesso com a técnica de desmame pode-se utilizar BZDs de meia vida mais longa como diazepam uma vez que é rapidamente absorvido e tem metabólitos de longa duração (desmetildiazepam) sendo assim apresenta uma redução mais suave nos níveis sanguíneos (GOODMAN & GILMAN, 2005).

5 Contribuição do farmacêutico no uso racional dos Benzodiazepínicos

Os BZDs é o grupo de medicamentos mais consumido no mundo, sendo tanto prescrito de forma indiscriminada quanto utilizada. Deste modo, se tornou necessário uma postura eficaz na restrição do uso e compra destes medicamentos (BERNIK, 1999).

O Brasil foi incluído em medida de controle da prescrição e venda dos BZDs pelas autoridades de saúde no início de 1974, o que anteriormente era feita sem receituário médico. Logo depois, criaram a Portaria 344/98 onde os BZDs foram incluídos na lista B1, sujeito a notificação da receita B (azul), sendo um documento que permita a liberação do medicamento nas instituições autorizadas, com a receita para posterior inspeção e controle pela ANVISA, com o objetivo de evitar interações medicamentosas, uso irracional, abusivo e indiscriminado (MEDEIROS, 2004).

A receita do tipo B1 tem validade de 30 dias após a prescrição médica sendo válido somente na unidade federativa emitente, sua dispensação é restrita ao farmacêutico que pode conceder estes medicamentos para no máximo 60 dias de tratamento. Nesta receita deve conter identificação do emitente, do usuário, quantidade e forma farmacêutica, posologia, dose por unidade, assinatura e carimbo do médico prescritor, local e data da emissão prescrita por um profissional legalmente habilitado, receita legível e sem rasuras para que não possam induzir ao erro ou confusão durante a dispensação do medicamento (BRASIL, 1998).

O fato de o farmacêutico colocar em prática o que é exigido pela lei é de suma importância para que se possa caracterizar como um dos motivos que auxilie no uso racional do medicamento, além disso, cabe ao mesmo prestar esclarecimentos ao paciente através de diálogos que contenham informações sobre a dependência que estes medicamentos podem proporcionar seus possíveis efeitos adversos, prováveis interações medicamentosas e alimentícias, posologia e armazenamento, reforçando o fato de que o medicamento deve ser tomado de maneira correta, no horário imposto, no prazo estabelecido (ARAUJO; FREITAS, 2006).

As orientações fornecidas pelo profissional farmacêutico se tornam essenciais uma vez que em muitos casos o paciente chega ao estabelecimento para adquirir o medicamento sem nenhuma informação sobre a prescrição médica, não tendo conhecimento do nome do medicamento que irá utilizar, menos ainda do tempo de tratamento, sendo indispensável à atenção farmacêutica neste contexto.

Como lembra Araújo e Freitas (2006), a Assistência Farmacêutica é o que garante que todo investimento feito nos medicamentos sejam transformados em saúde e melhora de qualidade de vida ao paciente. O medicamento por si só não deve ser entendido como sinônimo de saúde é essencial um acompanhamento de diversos profissionais como enfermeiros, farmacêuticos e médicos para que ocorra a correta empregabilidade e administração dos medicamentos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1993):

Atenção farmacêutica é um conceito de prática profissional no qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção é o compêndio das atitudes, dos comportamentos, dos compromissos, das inquietudes, dos valores éticos, das funções, dos conhecimentos, das responsabilidades e das habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente.

O farmacêutico é o elo entre o prescritor e o paciente por isso, se torna fundamental seu auxílio para a conquista de uma dispensação segura, uma vez que orientado de forma correta o paciente irá utilizar o medicamento conforme sua necessidade clínica, na dose e posologia precisa, evitando efeitos indesejáveis, interações medicamentosas e desperdício, diminuindo os potenciais de riscos, tanto no abuso quanto na dependência provocados pelo consumo dos BZDs, e com isto obtendo resultados positivos tanto para saúde pública como para o paciente (ARAUJO; FREITAS, 2006).

6 Conclusão

Há décadas, os BZDs foram introduzidos no mercado e com o decorrer dos anos seu consumo aumentou simultaneamente com as preocupações em relação ao uso destes medicamentos.

Nota-se que há uma falha tanto na prescrição dos BZDs, quanto no momento em que o farmacêutico promove a dispensação. No entanto o usuário, buscando o alívio dos sintomas de estresse, insônia e ansiedade na sua maioria, traz uma grande parcela de culpa no uso indiscriminado dos BZDs, uma vez que não contestam a prescrição médica, não se interessam em entender os riscos associados ao medicamento utilizam-no por tempo prolongado por ser de efeito rápido e eficaz, não pensam em interromper o tratamento, e fazem de tudo para adquiri-lo.

Deste modo, para a probabilidade do uso racional dos BZDs aumentarem, e proporcionar resultados mais efetivos que melhorem principalmente qualidade de vida do paciente, é necessário uma prescrição segura, assistência farmacêutica com orientações necessárias para assegurar o uso adequado do medicamento, estabelecendo contato com o médico prescritor sempre que houver necessidade, além de uma avaliação do usuário quanto ao risco, benefício, e a verdadeira necessidade de utilizar o medicamento.

Referências

ARAUJO, A.L.A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, vol. 42, n. 1, jan./mar., 2006.

BERNIK, Márcio Antonini. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. 1.ed. São Paulo: Edusp, 1999.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Portaria número 344/98 – SVS/MS de 12 de maio de 1998. **Aprova Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial**, 1998. ANVISA Publicações Eletrônicas. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html> Acesso em: 29 de mar. de 2014.

GOLAN et. al. **Princípios de Farmacologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GOODMAN & GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica**. [tradução da 10ª Ed. Original, Carla de Melo Vorsatz *et al.* Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2005.

LARANJEIRA, R; CASTRO, L.A. **Potencial de abuso de benzodiazepínicos**. In: Bernik MA editor. Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência. São Paulo (SP): Edusp; 1999.

MEDEIROS PV. **Prescrição de Benzodiazepínicos em Centro de Atenção Primária a Saúde na Cidade de Florianópolis**. 2004.

Miller NS. **Liability and efficacy from longterm use of benzodiazepines: documentation and interpretation**. PsychiatricAnn, 1995.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A.C.P.R. **Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos**. Associação Brasileira de Psiquiatria / Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

OGA, Seizi. **Fundamentos de toxicologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **El papel del farmacéutico en el Sistema de Atención a la Salud**. Washinton DC, 1993.

PETHER, R. **Guidelines for the prevention and treatment of benzodiazepine dependence**. Washington: The Mental Health Foundation, 1993.

RANG H.P.; DALE M.M. **Farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

RANG H.P.; DALE M.M. **Farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcolt. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SEIBEL, Sérgio Dario; JÚNIOR, Alfredo Toscano. **Dependência de Drogas**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

SOARES, Vinicius H. P. **Farmacologia Humana Básica**. Muriaé: Senac, 2011.

SWEETMAN, Sean C. **Martindale: the complete drug reference**. 34rd London: Pharmaceutical Press, 2005.