
Uso de psicotrópicos em um município do meio oeste de Santa Catarina

Psychotropic use in a midwest municipality of Santa Catarina state

Denis Conci Braga¹, Sílvia Mônica Bortolini², Thiago Gonçalves Pereira¹, Rafael Bruno Hildebrando¹, Talita Aparecida Conte¹

¹Curso de Medicina da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba-SC, Brasil; ²Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.

Resumo

Objetivo – Traçar o perfil dos usuários de medicamentos psicotrópicos, especificamente os benzodiazepínicos, associados ou não aos antidepressivos, na cidade de Água Doce-SC. **Métodos** – Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de base populacional, analítico-descritivo, compreendido no período de maio a outubro de 2013. Foram avaliados todos os receituários do tipo B1 e C1 retidos na farmácia da Estratégia Saúde da Família do município, abrangendo um número de 721 pacientes. **Resultados** – O sexo feminino correspondeu a 71,15% dos casos (n=513). Observou-se que 47,16% das prescrições consistiam de antidepressivos (n=340). Já a associação antidepressivo e benzodiazepínico, representou 36,19% da amostra (n=261). O uso de benzodiazepínicos isoladamente foi visto em 16,65% (n=120). Dentre os antidepressivos prescritos de forma única, os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina foram responsáveis por 41,11% das prescrições (n=297). O antidepressivo isoladamente mais prescrito foi a Fluoxetina (n=119). Por sua vez o benzodiazepínico mais prescrito de forma única foi o Clonazepam (n=61). **Conclusões** – Sabe-se que o uso prolongado dos psicotrópicos, mesmo em doses adequadas pode causar dependência psíquica e física, tolerância e síndrome de abstinência. Assim recomenda-se aos médicos que sigam bons hábitos de prescrição, evitando o uso indiscriminado ou impreciso destes fármacos, bem como estabeleçam um diálogo com seus pacientes explanando os benefícios e os efeitos colaterais de cada droga em uso ou a ser iniciada de modo a melhorar a sua qualidade de vida.

Descritores: Psicotrópicos; Prescrições de medicamentos; Atenção primária e saúde

Abstract

Objective – To establish the profile of psychotropic medications users, especially benzodiazepines, associated or not to antidepressants in the city of Água Doce, Santa Catarina state. **Methods** – This is a cross-sectional, retrospective, population-based, analytical-descriptive study performed during May to October 2013. We evaluated all prescriptions of B1 and C1 type which were retained in the Municipal Health Strategy Pharmacy which included a number of 721 patients. **Results** – Women accounted for 71,15% of cases (n=513). It was observed that 47.16% (n=340) of prescriptions consisted of antidepressants. Together, antidepressant and benzodiazepine association represented 36.19% (n=261) of sample. The benzodiazepines use isolated was seen 16.65% (n=120). Among the antidepressants prescribed uniquely, The Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) accounted for 41.11% of prescriptions (n=297). The most frequently prescribed antidepressant and benzodiazepine were, respectively fluoxetine (n=119) and clonazepam (n=61). **Conclusions** – It is well known that prolonged use of psychotropic drugs, even at appropriate doses can cause psychic and physical dependence, tolerance and withdrawal syndrome. So it is recommended to physicians whose follow good prescribing habits, to avoid indiscriminate or inaccurate use of these drugs, and establish a dialogue with their patients explaining the benefits and side effects of each drug in use or to be initiated in order to improve their quality of life.

Descriptors: Psychotropic drugs; Drug prescriptions; Primary health care

Introdução

Os medicamentos psicotrópicos são modificadores seletivos do Sistema Nervoso Central e podem ser classificados, segundo a Organização Mundial de Saúde em; ansiolíticos e sedativos; antipsicóticos (neurolepticos); antidepressivos; estimulantes psicomotores; psicomiméticos e potencializadores da cognição¹. Em cada medicamento psicoativo estes efeitos aparecem em proporções distintas, o que determina o seu perfil de ação².

Destas categorias, duas apresentam grande importância quando se fala em nível de saúde coletiva e prescrição na atenção básica, sendo elas os ansiolíticos (mais especificamente os benzodiazepínicos) e os antidepressivos. Os benzodiazepínicos, em geral, são utilizados para a farmacoterapia de distúrbios de ansiedade, enquanto os antidepressivos como agentes que elevam o humor³.

Os benzodiazepínicos (BZD), fármacos depressores do Sistema Nervoso Central (SNC), são tidos como o maior grupo de medicamentos sedativos e uma das classes mais consumidas no mundo todo. Conforme o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, em 2001 foram prescritas 6,96 milhões de doses de BZD como hipnóticos no mundo⁴. Para utilização destes medicamentos devem ser estabelecidos critérios para que administração seja em menores doses terapêuticas e pelo menor período de tempo possível devido aos riscos de dependência e abuso⁵.

A fármaco-dependência ou simplesmente dependência é uma forma de adição, derivada do consumo contínuo de fármacos, na qual os psicotrópicos, utilizados para o tratamento de transtornos mentais e comportamentais, representam uma grande proporção dos casos⁵.

Embora a literatura sugira que os BZD devam ser prescritos por um curto período de tempo, na realidade mundial a continuidade do uso vai além de uma indicação clínica bem definida, sendo utilizado como tratamento por tempo indeterminado⁷.

A necessidade de racionalizar o uso de medicamentos psicotrópicos ultrapassa a área clínica e vem se tornando em um problema de saúde pública. A autome-dicação, o abuso e dependência de BZD foram reconhecidos como um problema de saúde pública desde a década de 1980, no Chile, quando foram detectadas prevalências alarmantes do consumo destas substâncias sem indicação clínica⁸.

No município de Água Doce-SC o consumo elevado de BZD e antidepressivos também pôde ser constatado em relatórios periódicos fornecidos pela farmácia que atende a atenção primária, de modo que os autores a questionarem a indicação e o uso continuado desses medicamentos. Nesse sentido, a proposta desse estudo é analisar a prescrição desses psicotrópicos a fim de quantificar o seu consumo, bem como avaliar a adequação destas prescrições a fim de contribuir para o entendimento dos problemas relacionados à utilização dos mesmos e direcionar as ações no município, com o intuito de racionalizar a terapia e reduzir custos para o sistema público de saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de base populacional, analítico-descritivo, realizado no município de Água Doce, cuja população, segundo dados de 2010 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) é de 6960 habitantes. Situado no meio oeste de Santa Catarina, o município possui 100% de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A amostra para o estudo foi selecionada a partir das receitas do tipo C1 (utilizadas para a emissão de antidepressivos) e B1 (necessárias para a prescrição de benzodiazepínicos), retidas na farmácia da atenção primária do município. O período compreendido para amostra foi entre maio e outubro de 2013. Assim, todos os pacientes adultos em uso de antidepressivos asso-

ciados ou não a benzodiazepínicos tiveram seu prontuário revisado e se necessário, eram contatados para entrevista complementar. Para fins amostrais, no caso de um indivíduo apresentar na farmácia mais de uma receita do mesmo princípio ativo este era considerado apenas uma vez.

Foram consideradas variáveis independentes sexo (categórica dicotômica) e idade (quantitativa contínua). Como variável dependente foi considerado a prescrição de antidepressivos e benzodiazepínicos isolados ou em associação (categórica politômica nominal). Ainda, foi verificada a ocorrência de troca na prescrição médica destes medicamentos no período compreendido para estudo.

Os dados foram digitados em formulário próprio para registro e analisados por meio do programa Epi Info na versão 7.0.9.7. As variáveis categóricas foram descritas em suas frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis contínuas foram descritas através de medidas de tendência central. O período para a realização se iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unoesc/Hust, respeitando-se a Res. CNS 466/2012. O projeto foi registrado sob o CAAE de número 30188714.2.0000.5367.

Resultados

Durante o período compreendido para amostra foram avaliados 721 pacientes. O sexo feminino correspondeu à 71,15% dos casos (n=513). A média de idade para este grupo foi de 49,96 anos (18–93 anos). Já para os pacientes do sexo masculino (n=208), a média de idade foi de 48, 83 anos (18–85 anos).

Observou-se que 47,16% das prescrições consistiam de antidepressivos (n=340). A associação entre antidepressivos e benzodiazepínico representou 36,19% da amostra (n=261). O uso de benzodiazepínicos isoladamente foi visto em 16,65% (n=120). A Tabela 1 sumariza o uso de psicotrópicos na amostra, em homens e mulheres, bem como sua distribuição por idade.

Dentre os antidepressivos prescritos de forma única, os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

Tabela 1. Uso de psicotrópicos de acordo com a idade e sexo

Idade (anos)	Antidepressivo				Benzodiazepínico				Antidepressivo + Benzodiazepínico			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Até 20	5	0,69	11	1,53	–	–	–	–	–	–	–	–
21 – 30	8	1,11	23	3,19	–	–	1	0,14	2	0,28	2	0,28
31 – 40	13	1,80	37	5,13	2	0,28	8	1,11	8	1,11	12	1,66
41 – 50	17	2,36	39	5,41	4	0,55	21	2,91	15	2,08	31	4,30
51 – 60	14	1,94	36	4,99	7	0,97	16	2,22	12	1,66	33	4,58
61 – 70	16	2,22	34	4,72	6	0,83	13	1,80	17	2,36	37	5,13
71 – 80	13	1,80	38	5,27	6	0,83	18	2,50	16	2,22	32	4,44
81 ou mais	7	0,97	29	4,02	4	0,55	14	1,94	16	2,22	28	3,88
Total	93	12,90	247	34,26	29	4,02	91	12,62	86	11,93	175	24,27

Fonte: Os autores

(ISRS) foram responsáveis por 41,11% das prescrições (n=297). O antidepressivo isoladamente mais prescrito foi a fluoxetina (n=119). Por sua vez o benzodiazepínico mais prescrito de forma única foi o clonazepam (n=61). A Tabela 2 aponta as classes de antidepressivos e benzodiazepínicos prescritos, de acordo com sexo do paciente.

Quando associados, antidepressivos e benzodiazepínicos,

a principal combinação foi aquela entre os ISRS's e benzodiazepínicos de ação intermediária a longa (n=195). Em homens, a combinação mais frequentemente observada foi aquela entre fluoxetina e diazepam (n=12). Já no sexo feminino, verificou-se uma maior associação entre fluoxetina e clonazepam (n=29). A Tabela 3 evidencia tais associações.

Tabela 2. Prescrição isolada de antidepressivos e benzodiazepínicos por sexo

Classe do medicamento	Total		Sexo			
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Antidepressivos						
ISRS						
Citaloplan	14	4,12	5	5,37	9	3,64
Fluoxetina	119	35,0	33	35,48	86	34,81
Paroxetina	90	26,47	23	24,73	67	27,12
Sertralina	74	21,76	21	22,58	53	21,45
Tricíclicos						
Amitriptilina	37	10,88	11	11,82	26	10,52
Imipramina	2	0,59	–	–	2	0,08
Nortriptilina	4	1,18	–	–	4	0,16
Total	340	100	93	100	247	100
Benzodiazepínicos						
Meia vida muito curta						
Alprazolam	6	5,0	1	3,44	5	5,49
Meia vida intermediária a curta						
Bromazepam	5	4,17	2	6,89	3	3,29
Lorazepam	3	2,50	1	3,44	2	2,19
Meia vida intermediária a longa						
Clonazepam	61	50,83	14	48,27	47	51,64
Diazepam	45	37,50	11	37,93	34	37,36
Total	120	100	29	100	91	100

Fonte: Os autores

Tabela 3. Associação entre antidepressivos e benzodiazepínicos, de acordo com o sexo

Associações	Total		Sexo			
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Citalopram + Clonazepam	17	6,51	7	8,14	10	5,71
Citalopram + Diazepam	13	4,98	6	6,98	7	4,0
Fluoxetina + Bromazepam	9	3,45	3	3,49	6	3,43
Fluoxetina + Clonazepam	39	14,94	10	11,63	29	16,57
Fluoxetina + Diazepam	39	14,94	12	13,95	27	15,43
Fluoxetina + Lorazepam	10	3,83	2	2,33	8	4,57
Paroxetina + Bromazepam	5	1,92	1	1,16	4	2,29
Paroxetina + Clonazepam	29	11,11	8	9,30	21	12,0
Paroxetina + Diazepam	25	9,58	7	8,14	18	10,29
Sertralina + Alprazolam	3	1,15	1	1,16	2	1,14
Sertralina + Clonazepam	16	6,13	5	5,81	11	6,29
Sertralina + Diazepam	17	6,51	8	9,30	9	5,14
Amitriptilina + Clonazepam	12	4,60	6	6,98	6	3,43
Amitriptilina + Diazepam	15	5,75	8	9,30	7	4,0
Imipramina + Clonazepam	5	1,92	1	1,16	4	2,29
Nortriptilina + Clonazepam	4	1,53	1	1,16	3	1,71
Nortriptilina + Diazepam	3	1,15	–	–	3	1,71
Total	261	100	86	100	175	100

Fonte: Os autores

Tabela 4. Modificação da prescrição médica de acordo com sexo

Tipo de troca	Total		Sexo			
	(N)	%	Homens		Mulheres	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Antidepressivos						
Substituição de ISRS por outro ISRS	45	41,67	15	62,50	30	35,71
Troca de ISRS por Tricíclico	21	19,44	2	8,33	19	22,62
Substituição de Tricíclico por outro Tricíclico	14	12,96	–	–	14	16,67
Troca de Tricíclico por ISRS	28	25,93	7	29,17	21	25,0
Total	108	100	24	100	84	100
Benzodiazepínicos						
Substituição de Clonazepam por Diazepam	9	42,86	1	25,0	8	47,05
Substituição de Diazepam por Clonazepam	9	42,86	3	75,0	6	35,29
Substituição de Lorazepam por Clonazepam	2	9,52	–	–	2	11,76
Substituição de Clonazepam por Alprazolam	1	4,76	–	–	1	5,82
Total	21	100	4	100	17	100

Fonte: Os autores

Considerando a amostra, verificou-se que em 19,9% das mulheres (n=84) e 13,6% dos homens (n=24), houve modificação (substituição) do antidepressivo por prescrição médica, conforme aponta a Tabela 4. Por sua vez, a troca de benzodiazepínicos foi menos frequente, ocorrendo em 6,6% das mulheres (n=17) e, em 3,47% dos homens (n=4).

Discussão

Os benzodiazepínicos são agentes depressores do sistema nervoso central e atuam no sistema límbico². São classificados de acordo com sua meia vida plasmática. Aqueles de ação curta (ex: alprazolam), possuem melhores resultados como hipnóticos, ao passo que os de longa duração são preferidos como ansiolíticos. Tanto o clonazepam como o diazepam são fármacos com uma meia vida de eliminação prolongada (mais de 24 horas). A grande permanência dos benzodiazepínicos nos tecidos através de seus metabólitos ativos pode representar um problema, por prolongarem o seu efeito e interferir nas concentrações plasmáticas de outros medicamentos⁶⁻⁷.

Diante da pesquisa, evidenciou-se que nessa amostra o sexo feminino correspondeu a grande maioria dos usuários, o que vai ao encontro da literatura existente. Segundo Noia *et al.*, as mulheres procuram mais regularmente os serviços de saúde, preocupam-se mais com a saúde e aceitam melhor a possibilidade de necessitarem utilizar psicotrópicos⁹. Moreno Luna *et al.* em avaliação da conduta médica na atenção primária, concluíram que os médicos abordaram de maneira diferente os sintomas de ansiedade e depressão de acordo com o sexo do paciente, prescrevendo mais drogas ansiolíticas e diagnosticando mais causas funcionais em mulheres, o que também poderia justificar essa disparidade entre os sexos¹⁰.

Observou-se, no grupo estudado que 88,33% (n=106) dos pacientes que faziam uso de benzodiazepínicos utilizavam aqueles de meia vida intermediária a longa, como o diazepam e o clonazepam, congruente também com dados da literatura¹¹. O uso crônico destes medi-

camentos poderia significar uma maior prevalência de sintomas relacionados à ansiedade na população do município. Ainda, a disponibilização em grande número nos estoques da farmácia da ESF poderia justificar o maior número de prescrições em detrimento a outros benzodiazepínicos.

Dentre os efeitos colaterais destes fármacos estão: sonolência, sedação, ataxia, disartria, diminuição da capacidade psicomotora, confusão mental, astenia muscular, amnesia anterógrada, vertigem, epigastralgia/dispepsia, visão borrada, cefaléia, alterações no ritmo cardíaco, tremores periféricos precordialgia, dentre outros^{6,14}. É importante ressaltar o uso dessas medicações em pacientes idosos, que compunham boa parte da amostra estudada e nos quais as propriedades sedativas podem aumentar a ocorrência de síncope e quedas⁹.

Todos os benzodiazepínicos podem provocar dependência psicológica e física, mesmo em doses baixas, com uma síndrome de abstinência de início lento quando o fármaco é diminuído ou suspenso. É mais intensa quando são utilizadas doses maiores e por um período de tempo prolongado. A sintomatologia nestes casos é semelhante ao quadro inicial, que levou ao uso do medicamento¹².

No presente estudo verificou-se que 52,89% da amostra (n=381) fazia uso de benzodiazepínicos isoladamente ou em associação com antidepressivos, em caráter contínuo, ao longo do período de seleção para a coleta dos dados, ou seja, durante seis meses. Desta forma, é possível inferir que se trata de uma população com alta probabilidade de dependência provocada por estes fármacos. No entanto, uma limitação do estudo é que o mesmo não avalia os usuários de psicotrópicos que não utilizam o Sistema Único de Saúde ou que não obtiveram o medicamento prescrito na farmácia da atenção primária, o que poderia ampliar os resultados.

As justificativas inferidas através da pesquisa para o uso elevado desses medicamentos são complexas. Números fatores são importantes neste processo, muitos dos quais não estão necessariamente relacionados com as necessidades médicas do paciente. No estudo sueco

que avaliou a opinião dos médicos e estudantes da atenção básica levantou algumas hipóteses. Uma delas é que a prescrição de psicofármacos pode ser iniciada ou mantida devido à pressão do paciente ou familiares, ou até mesmo devido à falta de tempo ou de alternativas de tratamento. Outra questão importante é que a psiquiatria foi descrita como um campo mais impreciso do que outras especialidades, tornando mais difícil a escolha do medicamento e avaliação do paciente ao longo do tempo. Além disso, a tecnologia tornou possível renovar um número elevado de prescrições por meio de um único clique do mouse e esta possibilidade pode aumentar a prescrição geral de psicotrópicos¹³.

A fluoxetina, um ISRS, é uma substância reconhecidamente eficaz para o tratamento dos sintomas depressivos¹⁵⁻¹⁶. A bula brasileira do antidepressivo fluoxetina, cita um total de 62 reações adversas, várias delas de marcante gravidade, como a possível ocorrência de ideação suicida¹⁵. No presente estudo, verificou-se que este antidepressivo foi o mais prescrito tanto isoladamente (n=119; 35%), quanto associado a benzodiazepínicos (n=97; 37,16%).

Além disso, a fluoxetina é metabolizada por duas enzimas do sistema citocromo P450: as isoenzimas CYP2D6 e CYP2C19. Estudo têm mostrado que, cerca de 5% a 10% da população pode ser considerada como metabolizadora pobre ou lenta da CYP2D6 e para a CYP2C19, até 21%¹⁵. Isso significa que este grupo de pessoas metaboliza a fluoxetina vagarosamente, o que aumentaria significativamente a probabilidade do aparecimento de reações adversas.

Ressalta-se ainda interações dos IRSS com outros fármacos, como os benzodiazepínicos, cuja associação aumenta os níveis séricos destes últimos, aumentando o risco de depressão do sistema nervoso central¹⁵⁻¹⁶.

Na amostra analisada, 85,05% dos pacientes utilizavam associação IRSS e benzodiazepínico (n=222), o que poderia justificar uma maior atenção neste grupo, dado o maior risco de efeitos adversos.

Desta forma, para evitar, e até mesmo reduzir o fenômeno do aumento do número de prescrições de psicotrópicos, o médico deve indicar doses mínimas eficazes e até mesmo períodos de tratamento curtos ou intermitentes, se possível⁶.

Salienta-se também que as medidas preventivas podem ser realizadas nos três modelos de prevenção, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saber¹⁶:

1. Prevenção primária – conjunto de ações que procuram evitar a ocorrência de novos casos de uso abusivo de psicotrópicos ou até mesmo um primeiro uso.

2. Prevenção secundária – conjunto de ações que procuram evitar a ocorrência de complicações para as pessoas que fazem uso de psicotrópicos.

3. Prevenção terciária – conjunto de ações que, a partir de um problema existente, procura evitar prejuízos adicionais e/ou reintegrar na sociedade os indivíduos com problemas sérios. Também busca melhorar a qualidade de vida dos pacientes dependentes

junto à família, ao trabalho e à comunidade de uma forma geral.

O uso terapêutico de psicotrópicos deve ser um grande aliado no tratamento de transtornos mentais, assumindo-se que é uma das ferramentas que mudou o cenário da saúde mental e viabilizou a permanência dos indivíduos acometidos no contexto da sociedade. No entanto, devido a seus enormes riscos e efeitos colaterais, seu uso indevido pode acarretar em maiores danos a saúde, além de gerar gastos acumulativos para o Sistema Único de Saúde, sendo fundamental seu uso consciente.

Conclusões

Sabe-se que o uso prolongado dos psicotrópicos, mesmo em doses adequadas, pode causar dependência psíquica e física, tolerância e síndrome de abstinência. Assim recomenda-se aos médicos que sigam bons hábitos de prescrição, evitando o uso indiscriminado ou impreciso destes fármacos, bem como divulguem a vasta gama de efeitos colaterais aos seus pacientes, de modo a melhorar a sua qualidade de vida.

Concluindo, este estudo buscou identificar o perfil dos pacientes que utilizam psicotrópicos, especialmente antidepressivos e benzodiazepínicos. A partir deste estudo transversal é possível programar ações nos três níveis de prevenção, com o intuito de melhorar a qualidade de vida para a população em estudo e, consequentemente diminuir o consumo indiscriminado destas classes de medicamentos.

Tais ações poderiam ser dirigidas aos grupos que mais fazem uso deste tipo de medicamentos, como aqueles indivíduos com idade maior de 40 anos, mulheres e, naqueles que tomam antidepressivos associados a benzodiazepínicos.

Referências

1. Rang HP, Dale MM, Ritter JM. Farmacologia. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
2. González LMC, Pupo DO, Morales MG, Socarras ACR, Torres KB. La prescripción de benzodiazepinas en el adulto mayor, un problema médico social actual. Correo Científico Médico de Houlguín. 2009 [acesso 01 abr 2016]. Disponível em: <http://www.cocmed.sld.cu/no132/no132rev4.htm>
3. Araújo LLC, Oliveira EM, Araújo GG, Gomes FRAF, Gomes BV, Rodrigues ÂB. Distribuição de antidepressivos e benzodiazepínicos na estratégia de saúde da família de SOBRAL-CE. Sanare. 2012;11(1):45-54.
4. Centro Brasileiro de Informação sobre drogas psicotrópicas. Bol Cebid. 2003; 47(11) [acesso 11 jun 2014]. Disponível: <<http://www.unifesp.br/boletim>>
5. Sweetman, Sean C. Martindale: the complete drug reference. 34th edition. London: Pharmaceutical Press, 2005.
6. Vantour AI, Arzuaga AA, Romero JB, Fontela NO. Uso y abuso de las benzodiazepinas. Medisan. (2010);14(4).
7. Hernández PBG. Reacciones adversas a los medicamentos y adicción a otras sustancias. In: Morón Rodrigues FG, Levy Rodríguez M. Farmacología general. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.

8. Galleguillos T, Risco L, Garay JL, Gonzáles M, Vogel M. Tendência del uso de benzodiazepinas em una muestra de consultantes em atención primaria. *Rev Med Chile*. 2003;131(5): 535-40.
9. Noia AS. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(nº esp): 38-43.
10. Moreno Luna ME, Clemente Lirola E, Pinero Acín MJ, Martinez Matias MR, Alonso Gómez F, Rodríguez Alcalá FJ. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Aten Primaria* 2000;26(8):554-8.
11. Windle A, Elliot E, Duszynski K, Moore V. Benzodiazepine Prescribing in elderly Australian general practice patients. *Aust N Z J Public Health*. 2007;31(4):379-81.
12. Brett J, Murion B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Aust Prescr*. 2015;38(5):152-5.
13. Hedenrud TM, Svensson SA, Wallerstedt SM. "Psychiatry is not a science like others" – a focus group study on psychotropic prescribing in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013;14:115. doi: 10.1186/1471-2296-14-115.
14. Magrini N, Vacheri A, Parma E, D'Alessandro R, Bottoni A, Occhionero M, et al. Use of b... ol. 1999;4(1):145-51.

Endereço para correspondência:

Denis Conci Braga
Rua Luis Balestrin, 379
Água Doce-SC, CEP 89654-000
Brasil

E-mail: denisbraga.mfc@gmail.com

Recebido em 2 de abril de 2016
Aceito em 29 de junho de 2016