



Uso crônico de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: a visão dos médicos de um município do nordeste

Chronic use of benzodiazepines in primary health care:
the view of doctors in a municipality in the northeast

Uso crónico de benzodiazepinas en atención primaria de salud:
la visión de los médicos de un municipio del noreste

Maria Eliza Gurgel Fernandes¹, Fernando José de Oliveira Tôrres¹, Kamilla Cristina Possa Duarte¹,
Ivanor Velloso Meira Lima¹.

RESUMO

Objetivo: Investigar as opiniões de médicos da atenção primária à saúde (APS) sobre o uso crônico de benzodiazepínicos (BZD), suas atitudes e barreiras para mudar a prática. **Métodos:** Questionário online aplicado a médicos da APS em uma cidade do nordeste. **Resultados:** Dos 60 médicos da APS do município, 76,6% responderam. 56,5% do sexo feminino; 47,8% abaixo de 30 anos e 63% não especialistas. Quanto às opiniões, 97,7% concordaram que o uso crônico de BZD é um problema de saúde pública, prejudica a cognição e requer informação sobre dependência. 45,6% consideram que insônia/ansiedade descontrolada causam mais danos que o BZD. Nas atitudes, as terapias preferidas foram ISRS (29%), mudanças no estilo de vida (29%) e terapia psicossocial (24,6%). As principais barreiras: insistência do paciente/cuidador (87,2%), falta de acesso a medidas não farmacológicas (80,4%), preocupação com piora do paciente (41,3%) e falta de tempo (34,8%). **Conclusão:** O estudo destaca a pressão dos pacientes, restrições de acesso a alternativas terapêuticas e para gerenciar a desprescrição como perpetuadores do uso de BZD.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Benzodiazepínicos, Psicotrópicos.

ABSTRACT

Objective: To investigate the opinions of primary health care (PHC) physicians about the chronic use of benzodiazepines (BZD), their attitudes and barriers to changing practice. **Method:** Online questionnaire applied to PHC physicians in a city in the northeast. **Results:** Of the 60 PHC physicians in the municipality, 76.6% responded. 56.5% were female; 47.8% were under 30 years old and 63% were non-specialists. Regarding opinions, 97.7% agreed that chronic use of BZD is a public health problem, impairs cognition and requires information about dependence. 45.6% considered that insomnia/uncontrolled anxiety causes more harm than BZD. Regarding attitudes, the preferred therapies were SSRIs (29%), lifestyle changes (29%) and psychosocial therapy (24.6%). The main barriers were patient/caregiver insistence (87.2%), lack of access to non-pharmacological measures (80.4%), concern about patient worsening (41.3%) and lack of time (34.8%). **Conclusion:** The study highlights patient pressure, restrictions on access to therapeutic alternatives and to manage deprescription as perpetrators of BZD use.

Keywords: Primary health care, Benzodiazepines, Psychotropics.

¹ Departamento de Medicina Clínica – DMC, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Universidade Federal do Rio Grande do Norte -UFRN, Natal - RN.

RESUMEN

Objetivo: Investigar las opiniones de los médicos de atención primaria de salud (APS) sobre el uso crónico de benzodiazepinas (BZD), sus actitudes y las barreras para cambiar la práctica. **Método:** Cuestionario online aplicado a médicos de APS de una ciudad del nordeste. **Resultados:** De los 60 médicos de APS del municipio, respondió el 76,6%. 56,5% mujeres; 47,8% menores de 30 años y 63% no especialistas. Respecto a las opiniones, el 97,7% coincidió en que el consumo crónico de BZD es un problema de salud pública, perjudica la cognición y requiere información sobre la dependencia. El 45,6% considera que el insomnio/ansiedad no controlada causa más daño que las BZD. En cuanto a actitudes, las terapias preferidas fueron los ISRS (29%), cambios de estilo de vida (29%) y terapia psicosocial (24,6%). Las principales barreras: insistencia del paciente/cuidador (87,2%), falta de acceso a medidas no farmacológicas (80,4%), preocupación por el empeoramiento del estado del paciente (41,3%) y falta de tiempo (34,8%). **Conclusión:** El estudio destaca la presión de los pacientes, las restricciones en el acceso a alternativas terapéuticas y la gestión de la desprescripción como perpetuadores del uso de BZD.

Palabras clave: Atención primaria de salud, Benzodiazepinas, Psicotrópicos.

INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos (BZD) foram introduzidos na década de 1960 com o clordiazepóxido, originando outros fármacos da classe. Seu efeito sedativo-hipnótico resulta da depressão do SNC via mecanismos gabaérgicos (WICK JY, 2013; GOLDSCHEN-OHM MP, 2022). Esses fármacos são eficazes no tratamento de ansiedade, pânico, insônia, epilepsia, e como adjuvantes em psicoses, abstinência alcoólica e sedação para procedimentos cirúrgicos (GOLDSCHEN-OHM MP, 2022). Comparados a outros psicotrópicos, os BZD apresentam menor risco de depressão respiratória, sendo seguros e efetivos quando usados a curto prazo e em pacientes selecionados (AGARWAL SD e LANDON BE, 2019; FARIA JSS et al., 2019).

Embora relativamente seguros, os BZDs apresentam potencial aditivo e estão associados a efeitos adversos como comprometimento cognitivo, quedas, delirium e aumento de mortalidade, especialmente quando combinados com álcool ou outros depressores do SNC (FARIA JSS et al., 2019; WELEFF J et al., 2019). Esse risco é exacerbado em idosos devido a alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas (DELAŠ AŽDAJIC M et al., 2021). Nesse contexto, as diretrizes de práticas clínicas, como as do National Institute for Health and Care Excellence – (NICE, 2020) e da European Sleep Research Society – ESRS (RIEMANN D et al, 2023) recomendam que os BZD não devem ser usados como agentes farmacológicos de primeira linha para ansiedade e insônia e se utilizados, é aconselhável adotar o uso a “curto prazo”, ou seja, em prazo inferior a quatro semanas (BRANDT J, 2024).

Apesar das recomendações contrárias ao uso prolongado, estudos mostram que o consumo crônico de benzodiazepínicos permanece elevado em escala global (ISOMURA K et al., 2023; TAIPALE H et al., 2020; MAUST DT et al., 2019; OKUDA S et al., 2023; LEE MH et al., 2019). No contexto brasileiro, dados epidemiológicos revelam que aproximadamente 10% da população relata ter usado BZDs em algum momento da vida, com uma prevalência anual atual de 6,1% - índice superior aos 5,6% registrados em estudos anteriores (MADRUGA CS et al., 2018; FONSECA AM et al., 2010).

A análise do padrão de prescrição indica que a maioria das dispensações ocorre na atenção primária à saúde (FEGADOLLI C et al., 2019; CAMARGO BM et al., 2023; BIGAL AL et al., 2024), com destaque para o clonazepam, que corresponde a 64,9% das prescrições em Unidades Básicas de Saúde (CAMARGO BM et al., 2023). Esse cenário torna-se ainda mais preocupante quando se observa o crescimento de 9,81% nas vendas nacionais desse fármaco entre 2019 e 2020, com aumento ainda mais expressivo (22,52%) na região Nordeste (SANTIAGO COA et al., 2023). Complementando esse panorama, pesquisas documentaram elevadas taxas de dispensação em municípios do Rio Grande do Norte, como Natal e Parnamirim (NAPPO SA et al., 2010; CAVALCANTE CCL et al., 2016).

Diante desse cenário, este estudo buscou investigar, junto a prescritores da APS de Parnamirim/RN, os fatores que perpetuam o uso prolongado de BZDs. Objetivou-se: (1) analisar as concepções médicas sobre

o uso crônico; (2) avaliar a segurança dos profissionais no manejo da descontinuação; e (3) identificar barreiras percebidas para a retirada desses fármacos. Pretendeu-se assim coletar subsídios de um dos principais coparticipantes dessa situação na busca de novas estratégias de enfrentamento deste importante problema de saúde pública.

MÉTODOS

Desenho, Amostra e Local do Estudo

Este é um estudo observacional e transversal que investigou a perspectiva dos médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) de Parnamirim-RN sobre a prescrição crônica de benzodiazepínicos (BZD). Os dados foram coletados por meio de um questionário online aplicado aos médicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

Parnamirim, localizado no estado do Rio Grande do Norte, tem uma população estimada de 252.716 habitantes e conta com 29 UBS, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dois hospitais gerais, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde de abril de 2024 (SESAD, 2024).

Procedimentos

Foi elaborado um questionário com base em instrumentos validados na literatura (NEVES IT et al, 2019; TAKESHIMA M et al, 2022; BUŽANČIĆ I et al, 2022; BUŽANČIĆ I et al, 2023) abordando três dimensões: (1) concepções dos médicos sobre o uso crônico de BZD, (2) atitudes diante de prescrições prolongadas e (3) barreiras percebidas para a mudança desse cenário. As respostas foram estruturadas em escala Likert para avaliar o grau de concordância ou discordância em relação às afirmações apresentadas. Considerou-se como uso crônico aquele igual ou superior a três meses (DELAŠ AŽDAJIĆ M et al, 2021).

Antes da aplicação definitiva, um pré-teste foi conduzido com 11 médicos da APS que não atuam em Parnamirim, avaliando a clareza, relevância e possíveis redundâncias do questionário. Com base nesse retorno, o instrumento foi ajustado e ampliado com uma questão aberta ao final, permitindo a inclusão de aspectos não contemplados na literatura.

O questionário final foi disponibilizado via Google Forms durante dois meses. Os critérios de inclusão foram ser médico atuante na APS de Parnamirim e aceitar participar do estudo; o critério de exclusão foi a recusa em responder ao formulário.

Os dados foram anonimamente armazenados em uma base protegida. Para análise estatística, utilizou-se estatística descritiva e o Teste Exato de Fisher para avaliar associações entre o perfil dos médicos e as variáveis sobre opiniões, atitudes e barreiras. Diferenças foram consideradas estatisticamente significativas para valores de $p < 0,05$. Para minimizar perda de dados, foi adotada uma abordagem dicotômica: respostas “concordo plenamente” e “concordo parcialmente” foram agrupadas como “Concordo”, enquanto “discordo plenamente” e “discordo parcialmente” foram consideradas “Discordo” (LO SY, et al, 2021).

As respostas à questão aberta foram analisadas por categorização temática, conforme a metodologia proposta por Bardin L (2016). O processo envolveu leitura flutuante, codificação de trechos relevantes e agrupamento das unidades de sentido em categorias temáticas. A análise foi conduzida independentemente por dois pesquisadores, que posteriormente compararam suas classificações para garantir maior confiabilidade na categorização.

Aspectos Éticos

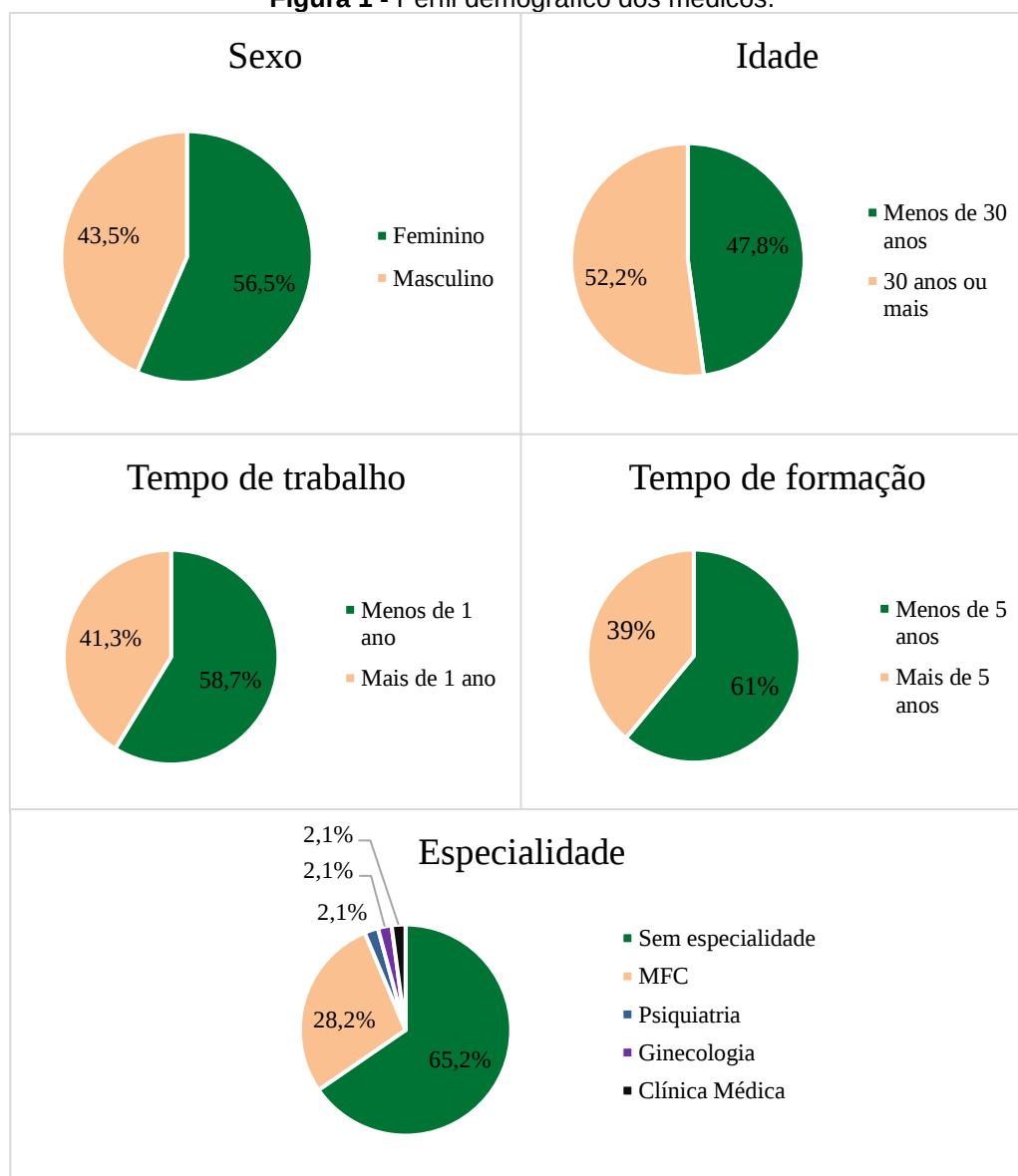
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (parecer nº 6.573.08 de 12 de dezembro de 2023 - CAAE: 75933223.2.0000.5292.) Todos os participantes foram convidados a colaborar voluntariamente após serem informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, e confirmaram sua participação mediante anuência ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Identificação da Amostra

Foram entrevistados 46 médicos, sendo 56,5% mulheres e 43,5% homens. A maioria (52,2%) tinha 30 anos ou mais, e todos trabalhavam em unidades de saúde urbanas. Cerca de 78,3% relataram atender pessoas em situação de vulnerabilidade social. Quanto à experiência, 58,7% atuavam na unidade há menos de um ano. Além disso, 61% se formaram há menos de cinco anos, e 65,2% não tinham especialização. Entre os 16 médicos especializados, 28,2% eram da Medicina de Família e Comunidade. Os dados citados acima estão representados na **Figura 1**.

Figura 1 - Perfil demográfico dos médicos.



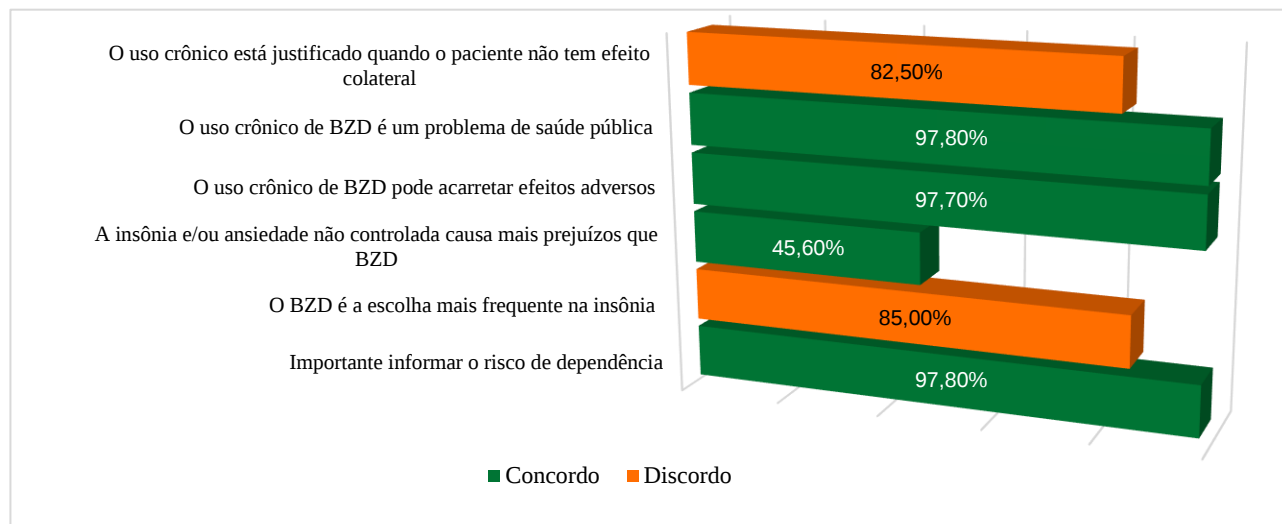
Fonte: Fernandes MEG, et al., 2025.

A análise das variáveis não encontrou associações significativas entre o perfil dos médicos e suas opiniões, atitudes ou barreiras relacionadas ao uso crônico de benzodiazepínicos.

Opiniões e Concepções dos Médicos Acerca do Uso Crônico de BZD

No **Gráfico 1** são representadas as opções dos médicos referentes às assertivas desta seção do questionário.

Gráfico 1 – Opiniões e Concepções dos Médicos acerca do Uso Crônico de BZD.



Fonte: Fernandes MEG, et al., 2025.

Atitudes dos médicos perante prescrição

Recursos Terapêuticos na Saúde Mental:

Ao atender pacientes com queixas de saúde mental (depressão, ansiedade e insônia), os recursos terapêuticos mais frequentemente utilizados pelos médicos foram: Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS): 29%; Orientações e mudanças de estilo de vida: 29%; Terapia psicossocial: 24,6%

Informação sobre Efeitos Colaterais de BZD:

Todos os médicos informam os pacientes sobre os possíveis efeitos colaterais referentes ao uso crônico de BZD, com 24% dos médicos fazendo isso frequentemente e 76% sempre.

Prescrição de BZD para Idosos:

69,5% dos médicos discutem a possibilidade de descontinuação de BZD com pacientes idosos em uso crônico. 15,2% apenas prescrevem BZD para pacientes idosos que já utilizam o medicamento há muito tempo. 10,9% não prescrevem BZD para pacientes idosos.

Momento Preferencial para Redução de BZD:

82,6% dos médicos consideram que o momento preferencial para iniciar a redução de BZD é imediatamente após a melhora dos sintomas ou dentro de 3 meses.

Gestão de Receita de BZD em Pacientes sem Queixas:

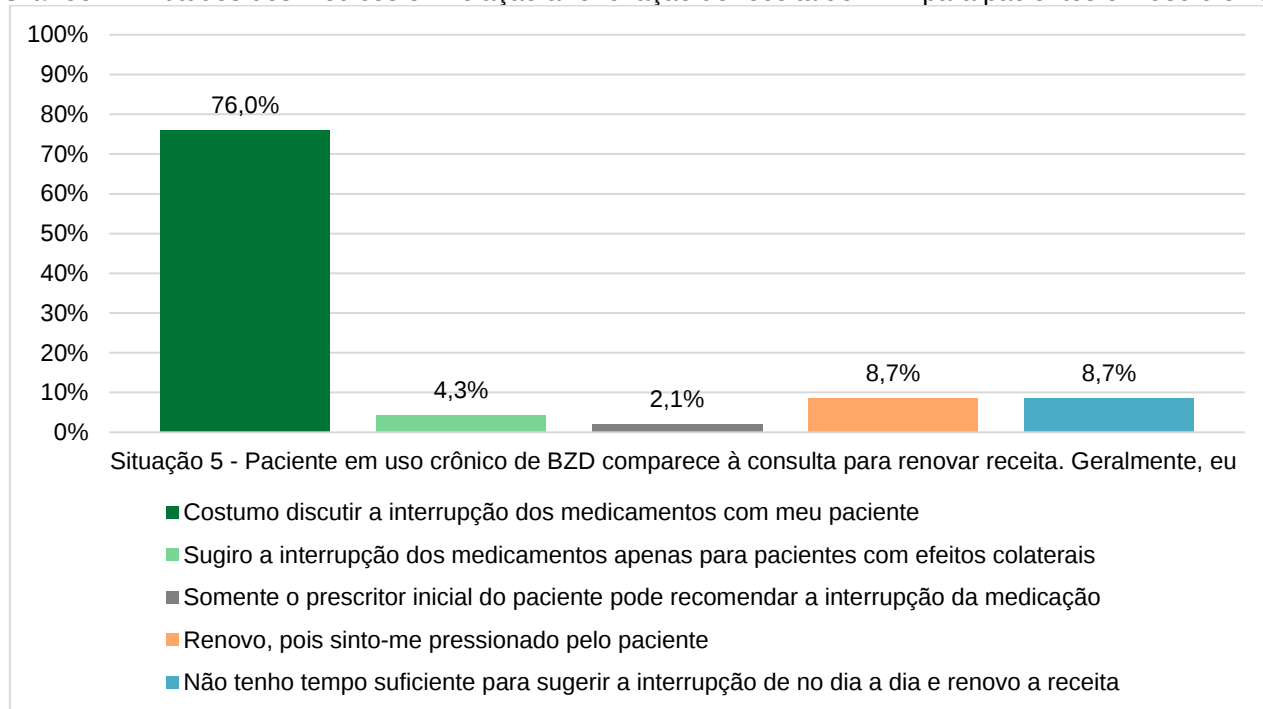
76% dos médicos discutem a interrupção dos medicamentos com pacientes que comparecem para renovação de receita sem queixas. 17,4% renovam a receita sem discutir a interrupção, sendo que, 8,7% renovam a receita devido à pressão do paciente e 8,7% por falta de tempo para sugerir a interrupção.

Métodos de Descontinuação de BZD:

54,2% dos médicos utilizam a retirada gradual do medicamento. 26,5% mudam o paciente para outros psicotrópicos. 19,3% indicam terapia psicossocial, materiais informativos e panfletos.

O **Gráfico 2** Apresenta a representação gráfica de um dos achados dessa seção.

Gráfico 2 – Atitudes dos médicos em relação a renovação de receita de BZD para pacientes em uso crônico



Fonte: Fernandes MEG, et al., 2025.

Barreiras e dificuldades para a retirada dos BZD

Esta seção apresenta as percepções dos médicos sobre os desafios enfrentados na interrupção do uso crônico de BZD.

1. Dificuldade em Sugerir a Suspensão de Medicamentos de Uso Prolongado

A maioria dos médicos (56,4%) discorda de que tenha dificuldades em sugerir a interrupção de medicamentos utilizados por longo período, mesmo quando não são mais necessários. No entanto, 37% relatam enfrentar essa dificuldade.

2. Dificuldade em Sugerir a Suspensão para Pacientes com Baixa Compreensão da Terapia

Metade dos participantes (50%) discorda de que essa seja uma barreira, enquanto 45,5% afirmam ter dificuldades ao sugerir a interrupção nesses casos.

3. Insistência de Pacientes ou Cuidadores na Prescrição Contínua

Um número significativo de médicos (87,2%) relata que pacientes ou cuidadores frequentemente insistem na continuidade da prescrição, mesmo quando a interrupção é recomendada.

4. Impacto na Relação Médico-Paciente

A maioria (67,3%) acredita que sugerir a interrupção do BZD não compromete o relacionamento com o paciente. No entanto, 26% expressam receio de que essa sugestão possa afetar negativamente a relação.

5. Preocupação com Efeitos de Abstinência ou Rebote

Enquanto 43,5% discordam dessa preocupação, 41,3% consideram que a interrupção pode levar a efeitos adversos.

6. Acessibilidade a Medidas Não Farmacológicas

Para 80,4% dos médicos, alternativas não farmacológicas para ansiedade e insônia são pouco acessíveis em suas unidades de saúde. Apenas 17,3% discordam dessa afirmação.

7. Interrupção de Medicamentos Prescritos por Outros Especialistas

A maioria (76%) não considera inapropriado sugerir a suspensão de BZD prescritos por outros profissionais. Apenas 17,3% discordam dessa postura.

8. Confiança na Sugerir a Interrupção do BZD

Um percentual elevado (87%) afirma ter confiança para recomendar a interrupção do medicamento, enquanto 10,8% relatam insegurança nesse processo.

9. Gestão das Consequências da Interrupção

Mais da metade (56,5%) acredita ter tempo suficiente para lidar com os efeitos da suspensão dos BZD, mas 34,8% apontam a falta de tempo como uma barreira.

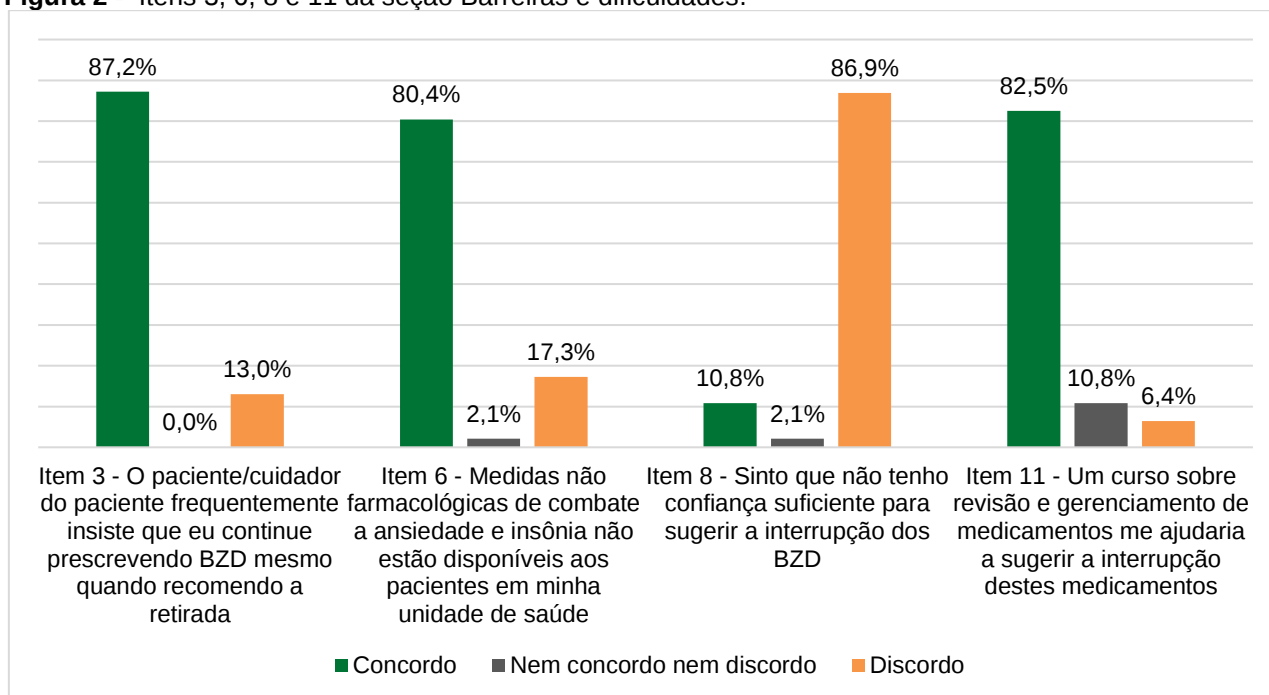
10. Conhecimento sobre o Momento Adequado para Interrupção

A maioria dos médicos (82,6%) sente-se segura sobre quando interromper o uso do BZD, enquanto apenas 8,6% relatam insegurança nesse aspecto.

11. Necessidade de Capacitação sobre Revisão e Gerenciamento de Medicamentos

Para 82,5% dos participantes, cursos sobre revisão e manejo de medicamentos seriam úteis para aprimorar a prática de desprescrição. Na **Figura 2** são representados graficamente as principais respostas dos médicos referentes à esta seção.

Figura 2 - Itens 3, 6, 8 e 11 da seção Barreiras e dificuldades.



Fonte: Fernandes MEG, et al., 2025.

Respostas Espontâneas

Na última seção do questionário, os médicos foram questionados: "Na sua opinião, qual é o principal obstáculo para reduzir o uso crônico de BZD na Atenção Primária à Saúde (APS)?" O objetivo era permitir respostas abertas, possibilitando a inclusão de aspectos não abordados nas afirmativas baseadas na literatura.

Foram recebidas 39 respostas, apontando diversos entraves. Após análise de conteúdo pelo método de Bardin, emergiram quatro categorias principais:

1. Fatores Relativos aos Pacientes: Destacaram-se a dependência da medicação, a resistência à mudança, a falta de informação sobre riscos e a vulnerabilidade socioeconômica.

2. Fatores Relativos ao Serviço: Incluem a escassez de recursos multidisciplinares, a dificuldade de acesso à psicoterapia e a limitação de alternativas na rede pública.

3. Fatores Relativos aos Médicos: Foram mencionados o uso indiscriminado da medicação, a cultura de renovação de receitas, a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo para gerenciar a retirada dos BZD.

4. Fatores Relativos ao Medicamento: Abrangem a facilidade de obtenção, o baixo custo e o compartilhamento entre familiares e vizinhos.

O **Quadro 1** apresenta as categorias temáticas, seus componentes e a frequência de ocorrência.

Quadro 1 – Categorias temáticas obtidas da análise das respostas abertas.

Categorias Temáticas	Componentes				Exemplos	Frequência (%)
Fatores relativos aos pacientes	Dependência	Resistência à mudança	Falta de informações sobre os riscos	Vulnerabilidade socioeconômica	“O medo do paciente e a não adesão à retirada”	37,5%
Fatores relativos ao serviço	Falta de recursos multidisciplinares	Dificuldade de acesso à psicoterapia	Falta de disponibilidade e de outras medicações na rede pública	Ausência de Psiquiatras	“Muitas vezes as opções terapêuticas mais adequadas são inacessíveis aos pacientes”	29,7%
Fatores relativos aos médicos	Descompromisso e uso indiscriminado	Cultura da renovação de receita	Sobrecarga, falta de tempo e cansaço	Necessidade de capacitação	“profissionais cansados para propor mudanças, pressionados pela gestão por maior quantidade de atendimentos”	21,8%
Fatores relativos à medicação	Facilidade de obtenção	Baixo custo	Acesso por meio de vizinhos e familiares		“facilidade que os pacientes têm de acesso a esse tipo de medicações”	7,8%
Outros fatores	Fiscalização ineficiente				“a ineficácia da fiscalização dessas medicações em pequenas farmácias de bairro”	3,1%

Fonte: Fernandes MEG, et al., 2025.

DISCUSSÃO

Concepções dos Médicos

Este estudo investigou os fatores que contribuem para a manutenção da prescrição prolongada de benzodiazepínicos (BZD) na Atenção Primária à Saúde (APS) de Parnamirim-RN, com participação de 46 dos 60 médicos ativos no município (76% da população-alvo). Os achados indicam que a maioria dos médicos reconhece o uso crônico de BZD como um problema de saúde pública, associando-o a riscos como comprometimento cognitivo e maior incidência de quedas em idosos. Eles também destacam a importância de informar os pacientes sobre a tolerância e dependência associadas aos BZD, alinhando-se às diretrizes para o tratamento da ansiedade e insônia (NICE, 2020; RIEMANN D, et al., 2023).

No entanto, há uma discrepância entre essa percepção e a prática clínica. Estudos apontam que a prescrição de BZD em Parnamirim é elevada (CAVALCANTE CCL, et al., 2016) sugerindo um possível viés de desejabilidade social, em que os médicos podem ter respondido conforme normas e expectativas (MONDAL H e MONDAL S, 2018). Além disso, 45,6% dos entrevistados acreditam que a insônia e a ansiedade não tratadas causam mais danos do que o uso prolongado de BZD, o que pode justificar sua maior tolerância à prescrição. Embora a insônia e a ansiedade estejam de fato associadas a menor qualidade de vida e maior risco de depressão e suicídio (LEBLANC M, et al., 2007; KATZMAN MA, et al., 2014) as diretrizes recomendam inicialmente intervenções não farmacológicas, reservando os BZD para casos específicos e por períodos curtos (RIBEIRO NF, 2016; BALDAÇARA L, et al., 2024).

Os resultados são consistentes com estudos internacionais que demonstram a complexidade da prescrição de BZD (NEVES IT, et al., 2019; TAKESHIMA M, et al., 2022; BUŽANČIĆ I, et al., 2023). Em Portugal, por exemplo, médicos relataram dificuldades em interromper o uso devido ao tempo limitado de consulta e à pressão dos pacientes para renovar receitas (NEVES IT, et al., 2019).

Atitudes dos Médicos

Os médicos demonstraram preferência pelo uso de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), mudanças no estilo de vida e terapia psicossocial para tratar ansiedade, insônia e depressão na APS, conduta respaldada pela literatura (NICE, 2020; RIEMANN D, et al., 2023). No entanto, essa preferência contrasta com a percepção de que alternativas não farmacológicas são pouco acessíveis aos pacientes: 80,4% dos entrevistados apontam essa limitação, mencionando também a escassez de outras medicações na rede pública e o alto custo das disponíveis. Isso sugere que, na prática, as escolhas terapêuticas são influenciadas pelas restrições do sistema de saúde.

Sobre a renovação de receitas, 76% dos médicos discutem a interrupção dos BZD com os pacientes, enquanto 17,4% renovam diretamente, seja por pressão (8,7%) ou por falta de tempo (8,7%). As respostas abertas reforçaram que fatores como dependência do paciente, resistência à mudança e vulnerabilidade socioeconômica dificultam a desprescrição. Além disso, médicos relataram sobrecarga, cansaço e falta de tempo como barreiras para uma abordagem mais ativa na retirada dos BZD.

Barreiras à Retirada dos BZD

A dificuldade dos médicos em interromper o uso de BZD está relacionada a diversos fatores: tempo prolongado de uso pelos pacientes, falta de compreensão da terapia e insistência por parte dos pacientes ou familiares para a renovação das receitas – 87% dos médicos relataram essa última situação. Isso reforça a distância entre diretrizes teóricas e a prática clínica, que envolve a relação médico-paciente, a educação em saúde e o receio de que a desprescrição cause mais complicações do que benefícios. Além disso, estudos sugerem que a prescrição crônica de BZD pode resultar da falta de capacitação dos médicos em estratégias de desprescrição e no compartilhamento de responsabilidades com o paciente (FEGADOLLI C, et al., 2019). O tempo limitado de consulta também impede uma abordagem mais aprofundada para manejar a interrupção do medicamento e suas possíveis consequências, comprometendo a escuta qualificada e o acolhimento de queixas psicoemocionais (CAMARGO BM, et al., 2023). Outro fator relevante é a falta de alternativas terapêuticas na APS: 80,4% dos médicos afirmaram que medidas não farmacológicas para ansiedade e

insônia são pouco acessíveis aos pacientes. Isso foi reforçado nas respostas abertas, onde a ausência de recursos multidisciplinares, dificuldade de acesso à psicoterapia e a limitação de medicações na rede pública foram amplamente mencionadas. Esse cenário faz com que os BZD se tornem uma solução rápida e viável diante da escassez de opções – uma realidade que também se observa em outros estudos nacionais e internacionais (FEGADOLLI C, et al., 2019; CAMARGO BM, et al., 2023; NEVES IT, et al., 2019; TAKESHIMA M, et al., 2022; BUŽANČIĆ I, et al., 2023).

Capacitação dos Médicos

Os dados sugerem um possível déficit na capacitação dos médicos para a desprescrição. Embora 87% afirmem ter confiança para sugerir a interrupção de BZD e 82% declarem saber o momento adequado para isso, 82,5% consideram um curso sobre revisão e gerenciamento de medicamentos útil. Esse paradoxo já foi identificado em estudos internacionais, apontando uma discrepância entre a confiança relatada e a efetiva habilidade de desprescrição (DJATCHE L et al, 2018) o que pode estar relacionado a um viés de desejabilidade social nas respostas.

Respostas à Questão Aberta

As respostas espontâneas reforçaram os achados quantitativos e ajudaram a caracterizar os desafios específicos da APS de Parnamirim-RN. Os principais obstáculos apontados pelos médicos incluem fatores relacionados aos pacientes, médicos, sistema de saúde e ao próprio medicamento. Essas dificuldades são semelhantes às relatadas em outros estudos (FEGADOLLI C et al, 2019; CAMARGO BM et al, 2023; BIGAL AL e NAPPO AS, 2024; NEVES IT et al, 2019; TAKESHIMA M et al, 2022; BUŽANČIĆ I et al, 2023) indicando que a problemática do uso crônico de BZD é global e multifatorial, exigindo estratégias integradas para sua redução.

Limitações do Estudo

A principal limitação deste estudo é o tamanho da amostra, o que pode restringir a generalização dos resultados e a análise de algumas variáveis. No entanto, os achados refletem um cenário semelhante ao de outras pesquisas e reforçam que o uso prolongado de BZD na APS é uma prática recorrente, influenciada por múltiplos fatores.

CONCLUSÃO

A partir da perspectiva dos médicos assistentes da APS de Parnamirim-RN, os resultados apresentados e discutidos demonstram que o expressivo uso prolongado de BZD é uma prática complexa, que envolve questões atreladas ao paciente, ao médico, ao sistema de saúde e ao próprio fármaco. Desse modo, é imprescindível promover a melhoria do processo assistencial da APS, a viabilização de equipes interdisciplinares e o estímulo à educação em saúde dos usuários, bem como diversificar as estratégias de acolhimento às demandas de saúde mental, incluindo a disponibilização dos insumos terapêuticos mais adequados e capacitação dos profissionais para alinhar a prescrição de BZD com as melhores evidências da literatura. Por fim, cumpre salientar que, por se tratar de um estudo observacional e transversal com uma amostra restrita, são necessárias mais pesquisas para se determinar as relações causais entre os perfis e concepções dos médicos e as barreiras para a desprescrição de BZD com precisão estatística, além de evidenciar associações que se apliquem à prática em APS de uma forma mais ampla. Esperamos assim que esse seja um estudo precursor a despertar o interesse dos pesquisadores em maiores investigações quantitativas acerca desse relevante problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. AGARWAL SD, LANDON BE. Patterns in Outpatient Benzodiazepine Prescribing in the United States. *JAMA Network Open*. 2019 Jan 25;2(1): e187399.
2. BALDAÇARA L, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the treatment of generalized anxiety disorder (GAD). Perspectives on Pharmacological and Psychotherapy approach. *Braz J Psychiatry*. 2024;46: e20233235.

3. BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 3ª reimpressão da 1ª Edição de 2016. São Paulo: Edições 70, 2016.
4. BIGAL, AL, NAPPO, SA. Prescrição de benzodiazepínicos em Unidades Básicas de Saúde em uma comunidade com alta vulnerabilidade social. *Saúde em Debate*. 2024 Jun 1;48(141).
5. BRANDT J, et al. Prescribing and deprescribing guidance for benzodiazepine and benzodiazepine receptor agonist use in adults with depression, anxiety, and insomnia: an international scoping review. *EClinical Medicine*. 2024 Apr 1; 70:102507–7.
6. BUŽANČIĆ I, ORTNER HADŽIABDIĆ M. Development and Validation of Comprehensive Healthcare Providers' Opinions, Preferences, and Attitudes towards Deprescribing (CHOPPED Questionnaire). *Pharmacy*. 2022 Jul 1;10(4):76.
7. BUŽANČIĆ I, ORTNER HADŽIABDIĆ M. Differences in Factors Influencing Deprescribing between Primary Care Providers: Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023 Mar 11;20(6):4957.
8. CAMARGO BM de O, et al. Uso de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde (APS). *Revista de Medicina*. 2023 Feb 6;102(esp):e–203871.
9. CAVALCANTE CCL, et al. Prevalência da dispensação de benzodiazepínicos em uma farmácia comunitária de Parnamirim-RN. *Journal of Medicine and Health Promotion*. 2016 v. 1, n. 2, p. 180–188.
10. DELAŠ AŽDAJIĆ M, et al. Prescription pattern and prevalence of benzodiazepine use among elderly patients. *Asian Journal of Psychiatry*. 2021 Jan; 55:102514.
11. DJATCHE L, et al. How confident are physicians in deprescribing for the elderly and what barriers prevent deprescribing? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2018 Apr 22;43(4):550–5.
12. FARIA JSS, et al. Benzodiazepínicos: revendo o uso para o desuso. *Revista de Medicina*. 2019 Nov 27;98(6):423–6.
13. FEGADOLLI C, et al. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019 Jul 4;35.
14. FONSECA AM, et al. Comparison between two household surveys on psychotropic drug use in Brazil: 2001 and 2004. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010 May;15(3):663–70.
15. GOLDSCHEN-OHM MP. Benzodiazepine Modulation of GABAA Receptors: A Mechanistic Perspective. *Biomolecules*. 2022 Nov 30;12(12):1784.
16. ISOMURA K, et al. Factors associated with long-term benzodiazepine and Z-drug use across the lifespan and 5-year temporal trajectories among incident users: a Swedish nationwide register-based study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2023;79(8):1091–1105.
17. KATZMAN MA, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(Suppl 1): S1.
18. LEBLANC M, et al. Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007 Aug;63(2):157–66.
19. LEE MH, et al. Trends in prescriptions for sedative-hypnotics among Korean adults: a nationwide prescription database study for 2011–2015. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2019 Apr 1;54(4):477–84.
20. LO SY, et al. Attitudes to Drug Use in Residential Aged Care Facilities: A Cross-Sectional Survey of Nurses and Care Staff. *Drugs & Aging*. 2021 Jun 25.
21. MADRUGA CS, et al. Prevalence of and pathways to benzodiazepine use in Brazil: the role of depression, sleep, and sedentary lifestyle. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2018 Oct 11; 41:44–50.
22. MAUST DT, et al. Benzodiazepine Use and Misuse Among Adults in the United States. *Psychiatric Services*. 2019 Feb;70(2):97–106.
23. MONDAL H, MONDAL S. Social desirability bias: A confounding factor to consider in survey by self-administered questionnaire. *Indian Journal of Pharmacology*. 2018;50(3):143.
24. NAPPO SA, et al. Prescription of anorectic and benzodiazepine drugs through notification B prescriptions in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2010 Jun;46(2):297–303.
25. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management Clinical guideline. 2020 Jun. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-pdf-35109387756997>. Acessado em: 23 de julho de 2024.
26. NEVES IT, et al. Physicians' beliefs and attitudes about Benzodiazepines: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*. 2019 May 25;20(1).
27. OKUDA S, et al. Hypnotic prescription trends and patterns for the treatment of insomnia in Japan: analysis of a nationwide Japanese claims database. *BMC Psychiatry*. 2023 Apr 20;23(1).
28. RIBEIRO NF. Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2016 Dec 27;11(38):1–14.

29. RIEMANN D, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of Sleep Research*. 2023 Nov 28;32(6).
30. SANTIAGO COA, et al. Perfil do Consumo dos Benzodiazepínicos nos anos de 2019 e 2020 no Brasil e Regiões. *Revista Ciência Plural*. 2023 Aug 31;9(2):1–19.
31. SESAD - Secretaria Municipal de Saúde de Parnamirim [Internet]. sesad.parnamirim.rn.gov.br. Disponível em: <http://sesad.parnamirim.rn.gov.br/unidades.html>. Acessado em: 12 de novembro de 2023.
32. TAIPALE H, et al. Incidence of and Characteristics Associated with Long-term Benzodiazepine Use in Finland. *JAMA Network Open*. 2020 Oct 29;3(10): e2019029.
33. TAKESHIMA M, et al. Attitudes and Difficulties Associated with Benzodiazepine Discontinuation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Nov 30;19(23):15990.
34. WELEFF J, et al. An Analysis of Benzodiazepine Prescribing to Primary Care Patients in a Large Healthcare System from 2019-2020. *Journal of psychoactive drugs*. 2023 Mar 20;1–12.
35. WICK JY. The history of benzodiazepines. *The Consultant Pharmacist: The Journal of the American Society of Consultant Pharmacists*. 2013 Sep 28;28(9):538–48.