

CONSUMO DE MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS PELA POPULAÇÃO CARENTE DE FRANCISCO BELTRÃO – PR

ENEIDA NÓBREGA SOUZA

Farmacêutica-bioquímica e bióloga pela UFSM, professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Unioeste, Rua Maringá, 1200, 85.605-010, Francisco Beltrão, PR.
Endereço para correspondência: Rua Antonina, 988, Caixa Postal, 337, 85.601-580, Francisco Beltrão/PR

1. INTRODUÇÃO

A ansiedade é vivenciada como um estado de profundo desconforto. Por isso, o homem vem procurando aliviar a ansiedade das mais variadas formas, ao longo de sua história.

Segundo Graeff (1989), no campo da psicopatologia, pela interpretação psicanalítica, o homem elabora sintomas histéricos, formula idéias obsessivas ou realiza atos compulsivos para afastar da consciência memórias que despertam ansiedade. Mas além de tudo isto, vem produzindo e ingerindo desde a pré-história, substâncias químicas que, alterando o funcionamento do sistema nervoso central atenuam as manifestações comportamentais, neurovegetativas e subjetivas da ansiedade.

Os primeiros compostos empregados com tal finalidade foram os brometos, que eram, no entanto, pouco eficazes e poderiam causar intoxicações, porque se acumulavam no organismo com a utilização prolongada.

Os inconvenientes do uso de barbitúricos e outros sedativos análogos motivou a busca de novos compostos para substituí-los. De acordo com Graeff (1989), como resultado desse trabalho, surgem, nas décadas de 50 e 60, compostos que se tornaram muito populares. Entre estes, foram introduzidos na terapêutica os derivados benzodiazepínicos, que, por sua grande eficácia, relativa seletividade de efeitos colaterais, baixíssima toxicidade e menor capacidade de produzirem dependência, representam um avanço considerável no tratamento farmacológico da ansiedade, justificando a denominação de drogas ansiolíticas.

1.2 MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS

1.2.1 Benzodiazepínicos

Embora os benzodiazepínicos exerçam no uso clínico efeitos qualitativamente semelhantes, importantes diferenças quantitativas existem em seus espectros farmacodinâmicos e em suas propriedades farmacocinéticas que levaram a vários padrões de aplicação terapêutica. De acordo com Goodman e Gilman (1997), existem motivos para acreditar-se que vários mecanismos distintos de uso contribuem em graus variados para os efeitos sedativo-hipnóticos de relaxamento muscular, ansiolítico e anticonvulsivante dos benzodiazepínicos.

Praticamente, todos os efeitos dos benzodiazepínicos são resultado das ações desses agentes no sistema nervoso central. Segundo Goodman e Gilman (1997), os mais proeminentes desses efeitos são: sedação, hipnose, redução da ansiedade, relaxamento muscular, amnésia e atividade anticonvulsivante.

Embora os benzodiazepínicos afetem a atividade em todos os níveis dos neurônios, algumas estruturas são muito mais afetadas que outras. Os benzodiazepínicos não são depressores neuronais gerais, como os barbitúricos. Segundo Goodman e Gilman (1997), todos os benzodiazepínicos têm perfis farmacológi-

cos muito semelhantes. Entretanto, os agentes diferem-se quanto à seletividade e, portanto, a utilidade clínica dos benzodiazepínicos varia, de forma considerável.

1.2.2 Tolerância aos benzodiazepínicos:

Estudos realizados em animais são frequentemente citados para apoiar a opinião de que os efeitos inibitórios dos benzodiazepínicos são separados dos seus efeitos sedativos. Embora a maioria dos pacientes que ingerem benzodiazepínicos, de forma crônica, relatem que a sonolência diminui, depois de alguns dias. O desenvolvimento de tolerância aos efeitos ansiolíticos dos benzodiazepínicos é discutível. No ponto de vista de Goodman e Gilman (1997), muitos pacientes podem manter-se estáveis com uma dose razoavelmente constante.

Aumentos e reduções nas dosagens podem manifestar alterações nos problemas e estresses. Não obstante, alguns pacientes não reduzem sua dosagem, quando o estresse é aliviado ou elevam a dose, sem um motivo aparente. Esse comportamento está associado ao desenvolvimento de dependência química.

1.2.3 Efeitos indesejados dos benzodiazepínicos:

De acordo com Goodman e Gilman (1997), por ocasião da concentração plasmática máxima que as doses hipnóticas dos benzodiazepínicos determinam, podem causar sintomas de tonturas, lassitude, alterações na coordenação motora, confusão e amnésia retrógrada. Todos esses efeitos podem comprometer o ato de dirigir e outras habilidades psicomotoras.

A interação com o etanol é especialmente grave. Quando o agente é administrado, à hora de dormir, a persistência desses efeitos, durante as horas do dia em que o paciente está acordado, é adversa, dependendo da dose administrada. Sonolência diurna residual também ocorre como um efeito adverso, embora a terapia farmacológica bem-sucedida possa diminuí-la.

Outros efeitos colaterais relativamente comuns dos benzodiazepínicos consistem em fraqueza, cefaléia, turvação visual, vertigens e vômitos, desconforto epigástrico e diarreias, dores articulares podem ocorrer em alguns pacientes. Alguns benzodiazepínicos anticonvulsivantes realmente aumentam a frequência das convulsões nos pacientes com epilepsia.

Goodman e Gilman afirmam que o uso de altas doses de benzodiazepínicos, por períodos prolongados, pode levar a sinais e sintomas mais graves, após sua interrupção, incluindo agitação, depressão, pânico, paranóia, mialgia, tremores musculares e até mesmo convulsões e delírium.

Do ponto de vista de Marks (1985), os benzodiazepínicos podem produzir dependência psicológica e física, se fornecidos em doses excessivas, por período prolongado, principalmente, em pessoas com personalidade instável. A dependência também pode ocorrer, durante uso terapêutico com uma relação tem-

po/dose; maior o tempo de administração, menor a dose para produzir a dependência. A dependência é rara para períodos curtos de tratamento. O risco da dependência pode aumentar, depois de um ano de administração contínua.

Por outro lado, no interesse de um bom cuidado médico e para minimizar os riscos de dependência, existe a necessidade da educação dos médicos. Segundo Marks, os médicos devem selecionar os casos apropriados para a administração dos benzodiazepínicos, especialmente, para pacientes com histórico em abuso de álcool ou outros sedativos.

Em todos os casos em que se deva retirar o medicamento, aconselha-se a fazê-lo, gradualmente, em vez de subitamente, aproveitando-se do uso de outros procedimentos terapêuticos não farmacológicos. Com estes procedimentos, evita-se a síndrome da abstinência dos benzodiazepínicos, os quais se manifestam em sintomas periféricos e subjetivos da ansiedade.

Segundo Kaplan e Sadock (1990), outros sintomas podem surgir, como irritabilidade, zumbido, hipertensão, cefaléia, insônia de rebote e sonhos desagradáveis. Sintomas mais graves poderão incluir depressão, paranóia, delírio e convulsão. O desenvolvimento de uma grave síndrome de abstinência é visto apenas em pacientes que tomaram altas doses por longos períodos.

1.2.4 Usos terapêuticos dos benzodiazepínicos

Deve-se enfatizar que a maioria dos benzodiazepínicos pode ser utilizada de forma intercambiável.

De acordo com Kaplan e Sadock (1990), a principal aplicação clínica dos benzodiazepínicos em psiquiatria consiste no tratamento da ansiedade e da insônia. No primeiro caso, pode ser uma ansiedade idiopática generalizada, como pode ser uma ansiedade associada a acontecimentos vitais específicos. Além dos casos já citados do tratamento de abstinência de álcool, também os benzodiazepínicos são usados como anticonvulsivantes, relaxantes musculares e coadjuvantes na anestesia. O diazepam também é utilizado por suas propriedades analgésicas menores.

1.2.5 Farmacodependência

De acordo com Kolb (1976), farmacodependência é um estado psíquico e, às vezes, físico, que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga. Caracteriza-se por respostas de conduta que sempre incluem uma compulsão para tomar a droga em forma contínua e periódica, na tentativa de aliviar a incomodidade de sua ausência.

Para Morgado e Iguchi (1983), hábito a um medicamento significa uma dependência psicológica a esse medicamento devido ao alívio, à tensão e à incomodidade emocional. "Tolerância" significa um efeito, cada vez menor, da mesma dose ao medicamento, quando este é administrado em forma repetida, durante um período determinado, necessitando-se aumentar a dose para obter o efeito inicial.

Para o autor "dependência física" se refere a um estado fisiológico anormal que aparece quando um medicamento se ingere, de forma repetida, para impedir que apareça uma enfermidade característica que se chama "síndrome de abstinência".

Fazendo-se uma inter-relação com os temas abordados, temos uma clara sintonia entre as alterações geradas pela ansiedade e preocupações que atingem os homens, no mundo atual, e que são responsáveis, em grande parte, pela gênese das doenças manifestadas de diferentes formas, em determinados momentos do cotidiano, afligindo as pessoas, interferindo na sua vida como um pesadelo a ser solucionado de qualquer forma.

Nesse parâmetro, entram os ansiolíticos que, quando administrados com acompanhamento médico, após diagnóstico preci-

so, muito contribuem para o bem estar, restabelecendo os equilíbrios orgânico e emocional que os indivíduos tanto almejam.

Entretanto, quando não houver esta precisão na administração dos ansiolíticos, muitas reações adversas, efeitos colaterais e dependência orgânica e psicológica podem ocorrer. Daí, a importância do conhecimento dos ansiolíticos aqui discriminados, especialmente os benzodiazepínicos, a que se propõe nosso trabalho.

E como este problema de consumo de benzodiazepínicos não tem fronteiras nem limites, fizemos a nossa pesquisa priorizando a população carente de Francisco Beltrão (PR), especialmente os que recebem gratuitamente os medicamentos, além de enumerarmos, posteriormente, o resultado desse apanhado de informações a que se propõe esta dissertação.

2. OBJETIVOS

Percebendo o fato de as pessoas carentes buscarem os postos de distribuição de medicamentos com uma frequência exagerada, na tentativa de levar todo e qualquer medicamento, recomendado por ordem médica ou não; consciente de que essas pessoas desconsideram princípios ativos, precauções e efeitos colaterais intervenientes, automedicando-se normalmente, de forma incorreta, além de apresentarem o inconveniente de mascarar o quadro clínico (se houver) sem, no entanto, resolverem os problemas físicos e emocionais que os atingem.

Considerando, ainda, que a maior parte do consumo de medicamentos ansiolíticos não está relacionado a problemas orgânicos e sim a doenças psicossomáticas, provenientes de carências de toda ordem, desenvolvemos nossa pesquisa com os seguintes objetivos:

2.1. Identificar o perfil dos consumidores e os fatores que levam essa população a consumir de forma exagerada medicamentos benzodiazepínicos.

2.2. Sensibilizar os pacientes para os riscos e conseqüências de uma medicação inadequada para as doenças que não necessitam de terapia química, e cujo consumo pode levar à dependência desses medicamentos.

2.3. Identificar junto à população carente os problemas de origem orgânica e os decorrentes de alterações emocionais que geram os primeiros.

2.4. Verificar se os postos de saúde de Francisco Beltrão (PR) estão fornecendo medicamentos benzodiazepínicos a pacientes que realmente necessitam deles.

2.5. Informar o resultado desse trabalho à Secretaria Municipal de Saúde e à Uniãoeste, com a finalidade de que estas instituições de saúde e de educação fiquem inteiradas da real situação da população carente de Francisco Beltrão, especialmente no consumo de medicamentos ansiolíticos e na transmissão de uma educação esclarecedora a esta população.

3. MATERIAIS E METODOLOGIA

A pesquisa utilizada neste trabalho teve uma abordagem qualitativa e quantitativa com uma metodologia exploratória descritiva. As entrevistas foram aplicadas, no período de março a junho de 1999, com os pacientes que procuraram a farmácia municipal, munidos de receituário médico. Essas entrevistas foram feitas, aleatoriamente, em uma sala separada, com uma média de três pacientes, por tarde, os quais levaram de 30 a 45 minutos para responderem às perguntas, enquanto expunham seus problemas. A amostragem foi de sessenta pacientes, de um total estimado em torno de 400 consumidores de medicação controlada cadastrados no programa de saúde mental.

Nossa pesquisa, portanto, após a coleta de dados dos pacientes e das pessoas que entraram em contato com os mesmos, como médicos, enfermeiros e agentes de saúde, permitiu-nos a passagem dos conceitos para dados observáveis e operacionalizados nos indicadores, no caso, o questionário acompanhado da entrevista, constatando a presença ou ausência de ansiedade, e se esta é uma ansiedade "estado" (transitória) ou uma ansiedade "traço" (permanente).

Durante a pesquisa, utilizamos o questionário IDATE I e II no qual avaliamos o nível de ansiedade e estresse do paciente que, de acordo com os resultados, permitiu-nos chegar a um entendimento da necessidade de as pessoas consumirem ou não medicamentos ansiolíticos e ainda, aos motivos que os levam a esse consumo.

Cada escala consiste em 20 afirmações, nas quais o paciente indica a intensidade naquele momento, por meio de uma escala de quatro pontos (1 a 4). O escore total de cada escala varia de 20 a 80, com os escores mais altos indicando maiores níveis de ansiedade.

De posse dos resultados, subdividiram-se os pacientes em quatro subgrupos, de acordo com as queixas mais frequentes que justificaram o consumo de benzodiazepínicos, ficando assim distribuídos:

- Grupo I: pacientes que apresentaram como motivo principal do uso de benzodiazepínicos a "insônia".
- Grupo II: pacientes que apresentaram "problemas familiares" como motivo prioritário para fazerem uso de benzodiazepínicos. Aqui, incluem-se problemas com cônjuges, maridos alcoólatras, desempregados, filhos drogados, briga entre parentes, problemas com netos, etc...
- Grupo III: pacientes que utilizam benzodiazepínicos por serem "depressivos."
- Grupo IV: pacientes que utilizam benzodiazepínicos por "outros motivos", que incluem nervosismo, alcoolismo, doenças, etc.

4. RESULTADOS

4.1 A análise dos resultados dos 60 (sessenta) pacientes acompanhados no período de março a julho de 1999 que procuraram o posto de saúde da Cango, na cidade de Francisco Beltrão (Paraná), com as receitas de benzodiazepínicos demonstrou que:

De acordo com o teste IDATE parte I e II, que avalia a Ansiedade Estado e a Ansiedade Traço, numa escala que varia de 20 a 80, demonstrada na figura 1, cuja mediana resultante na primeira parte do teste – avaliação da Ansiedade Estado – numa abordagem de 60 pacientes, demonstra que, 50% dos pacientes (30 pessoas) apresentam nível de ansiedade inferior a 50,5 enquanto que em 50% dos pacientes (30 pessoas), o nível de ansiedade é superior a 50,5.

Na Segunda parte do teste, que avalia Ansiedade Traço, observa-se que 50% dos pacientes (30 pessoas) possuem nível de ansiedade inferior a 52; e 50% dos pacientes (30 pessoas) apresentam nível de ansiedade superior a 52.

Ainda podemos perceber na tabela 1, que no IDATE I (Ansiedade Estado) o escore mínimo observado foi de 42 e o máximo de 57, sendo que a diferença entre o grau de ansiedade entre os pacientes é de 15. Já no IDATE II (Ansiedade Traço) o escore mínimo observado foi de 43 e o escore máximo foi de 60, havendo uma diferença entre o escore mínimo e máximo de 17.

A mediana do tempo de uso dos benzodiazepínicos foi de 24 meses, variando de um a 216 meses.

4.2 ANÁLISE DOS PACIENTES QUE FIZERAM USO DE BENZODIAZEPÍNICOS DEVIDO A INSÔNIA

A análise do resultado dos 15 (quinze) pacientes que fizeram uso de benzodiazepínicos devido à "insônia" (tabela 2, figura 2) demonstra que como resultado no IDATE I (ansiedade estado), a mediana de 46, ou seja, 50% dos pacientes possuem grau de ansiedade inferior a 46, enquanto que 56% dos pacientes indicam grau de ansiedade superior a 46.

Observa-se que, no primeiro quartil, 25% dos pacientes apresentam grau de ansiedade menor que 44, e 75% dos pacientes indicam grau de ansiedade maior que 44. Enquanto que no terceiro quartil, 75% dos pacientes denotam grau de ansiedade menor que 51, e 25% dos pacientes têm grau de ansiedade maior que 51.

Na Segunda parte do teste, IDATE-II (ansiedade traço) a mediana é de 50, ou seja, 50% dos pacientes demonstram grau de ansiedade inferior a 50, enquanto que 50% dos pacientes apresentam grau de ansiedade superior a 50. Observa-se no primeiro quartil que 25% dos pacientes apresentam grau de ansiedade menor que 49, e 75% dos pacientes indicam grau de ansiedade maior que 49. Enquanto que, no terceiro quartil, 75% dos pacientes apresentam grau de ansiedade menor que 52, e 25% dos pacientes têm grau de ansiedade maior que 52.

Quanto ao tempo de uso de benzodiazepínicos por esse grupo de pacientes, grupo insônia, a mediana é de 24 meses, ou seja, variou o consumo de um a 216 meses.

4.3 ANÁLISE DOS PACIENTES QUE FIZERAM USO DE BENZODIAZEPÍNICOS DEVIDO A PROBLEMAS FAMILIARES

A análise do resultado dos 28 (vinte e oito) pacientes que alegaram o uso de benzodiazepínicos, devido a problemas familiares diversos, como desentendimentos entre o casal, brigas com os filhos, marido alcoólatra, cuidados com os netos, filhos deficientes, perda de filhos, etc... (tabela 3 – figura 3) apresentam na primeira parte do teste, IDATE I (ansiedade estado) a mediana de 51, ou seja, 50% dos pacientes denotam grau de ansiedade menor que 51, e 50% dos pacientes possuem grau de ansiedade maior que 51.

Observa-se que, no primeiro quartil, 25% dos pacientes têm grau de ansiedade menor que 50, e 75% das pessoas possuem grau de ansiedade maior que 50. Enquanto que, no terceiro quartil, 75% dos pacientes têm grau de ansiedade menor que 53, enquanto que 25% dos pacientes apresentam grau de ansiedade maior que 53.

Na Segunda parte do teste, IDATE II (ansiedade traço) a mediana observada foi de 53, ou seja, 50% dos pacientes denotam grau de ansiedade menor que 53, e 50% dos pacientes demonstram grau de ansiedade maior que 53. Observa-se no primeiro quartil que 25% dos pacientes possuem grau de ansiedade menor que 51, e 75% dos pacientes indicam grau de ansiedade maior que 51. Enquanto que, no terceiro quartil, 75% dos pacientes apresentam grau de ansiedade menor que 56, e 25% dos pacientes possuem grau de ansiedade maior que 56.

Nesse grupo de pacientes, a mediana do tempo de uso dos benzodiazepínicos foi de 15 meses, ou seja, variou de um a 144 meses.

4.4 ANÁLISE DOS PACIENTES QUE FIZERAM USO DE BENZODIAZEPÍNICOS DEVIDO A DEPRESSÃO

A análise dos resultados dos sete pacientes que alegaram o uso de benzodiazepínicos em consequência da "DEPRESSÃO" (tabela 4 – figura 4) apresenta na primeira parte do teste, IDATE I (Ansiedade Estado) a mediana de 45, ou seja, 50% dos pacientes

apresentam grau de ansiedade menor que 45, e 50% dos pacientes demonstram grau de ansiedade maior que 45. Observa-se que, no primeiro quartil, 25% dos pacientes denotam grau de ansiedade menor que 42 e 75% dos pacientes apresentam grau de ansiedade maior que 42. Enquanto que, no terceiro quartil 75% dos pacientes indicam grau de ansiedade menor que 49, e 25% das pessoas possuem grau de ansiedade maior que 49.

Na segunda parte do teste, IDATE II (Ansiedade Traço) a mediana foi de 54, ou seja, 50% dos pacientes demonstram grau de ansiedade menor que 54, e 50% dos pacientes possuem grau de ansiedade maior que 54. Observa-se que, nos primeiros 25% dos pacientes denotam grau de ansiedade menor que 49, e 75% dos pacientes possuem grau de ansiedade maior que 49. Enquanto que, no terceiro quartil, 75% dos pacientes indicam grau de ansiedade menor que 57, e 25% dos pacientes apresentam grau de ansiedade maior que 57.

O tempo de consumo de benzodiazepínicos nesse grupo de pacientes teve a mediana de 60 meses, ou seja, variou o consumo de 24 a 120 meses.

4.5 ANÁLISE DOS PACIENTES QUE FIZERAM USO DE BENZODIAZEPÍNICOS DEVIDO A OUTROS MOTIVOS

A análise dos resultados dos dez pacientes que alegaram o uso de benzodiazepínicos, em virtude de outros motivos, como nervosismo, pós-cirúrgico, doenças como câncer, infarto, ataques epiléticos, etc..(tabela 5 – figura 5) apresenta, na primeira parte do teste, IDATE I (ansiedade estado) a mediana de 49,5, ou seja, 50% dos pacientes demonstram grau de ansiedade menor que 49,5, e 50% dos pacientes possuem grau de ansiedade maior que 49,5.

Observa-se que, no primeiro quartil, 25% dos pacientes apresentam grau de ansiedade menor que 44 e 75% dos pacientes possuem grau de ansiedade maior que 44. Enquanto que, no terceiro quartil, 75% dos pacientes indicam grau de ansiedade menor que 51, e 25% dos pacientes apresentam grau de ansiedade maior que 51.

Na Segunda parte do teste, IDATE II (ansiedade traço) a mediana resultante é de 52, ou seja, 50% dos pacientes têm grau de ansiedade menor que 52, e 50% dos pacientes possuem grau de ansiedade maior que 52. Observa-se que, no primeiro quartil, 25% dos pacientes indicam grau de ansiedade menor que 47, enquanto que 75% dos pacientes apresentam grau de ansiedade maior que 47. No terceiro quartil 75% dos pacientes têm grau de ansiedade menor que 56, enquanto que 25% dos pacientes denotam grau de ansiedade maior que 56.

O tempo de consumo de benzodiazepínicos, nesse grupo de pacientes, tem a mediana de 12,5 meses, variando o consumo de um a 180 meses.

5. DISCUSSÃO

Segundo Oliveira (1998), a ansiedade é apontada como a maior causa de desenvolvimento de doenças psicossomáticas, ou seja, quadros patológicos dentro de uma tríade “ansiedade – tensão – doença”. A este quadro os médicos associam a terapêutica com ansiolíticos benzodiazepínicos a fim de restaurar o equilíbrio emocional do paciente.

Dentro deste contexto, pode-se observar em nosso trabalho que o uso de benzodiazepínicos pela população carente da cidade de Francisco Beltrão (Pr) é feita, mediante prescrição médica. Porém, os motivos alegados aos médicos, pelos pacientes relacionam-se a depressão, problemas familiares os mais variados, insônia, ansiedade, estados pós-cirúrgicos e outros mais.

A grande maioria dos pacientes que consome benzodiazepínicos justifica o seu consumo no alívio da ansiedade gerada por problemas diversos. Entre estes problemas predominam os familiares, como desentendimentos entre o casal, problemas com os filhos, alto índice de alcoolismo, desemprego e consequentemente problemas financeiros. Muitos se queixam de insônia, mas ao serem questionados sobre os motivos, terminam justificando com os problemas citados anteriormente.

Observa-se que as pessoas não vêem perspectivas de melhora em curto prazo, assumindo, com isso, a postura de dependentes dos ansiolíticos, de forma contínua, e fazendo qualquer coisa para conseguir o medicamento.

Spielberger e Cols (1972) afirmam que os escores de cada escala variam de 20 a 80, com os escores mais elevados indicando maiores níveis de ansiedade. Nossos resultados, obtidos com pacientes de Francisco Beltrão (Pr), mostram para o IDATE I escores que variam de 42 a 57 com uma mediana de 50,5; enquanto que no IDATE II estes escores variam de 43 a 60 com uma mediana de 52. Ao analisarmos estatisticamente estes escores foi observado que no caso do IDATE I (ansiedade estado) foi obtida uma diferença estatisticamente significante com $p = 0,00009$. Diferença esta que estava presente nos diferentes grupos experimentais.

Isto mostra que os pacientes avaliados estavam com diferentes estados de ansiedade no momento da auto-avaliação o que provavelmente está relacionado com as diversas causas alegadas por eles para justificar o uso de benzodiazepínicos. Por outro lado, isto também pode ter sido devido ao fato destes pacientes avaliados já fazerem uso de benzodiazepínicos, por longos períodos de tempo. Tempo este que variava de um a 216 meses de uso prévio, com mediana do tempo de 24 meses. No caso dos escores para o IDATE II (Ansiedade Traço), a significância estatística foi de $p = 0,1621$, o que indica que todos os pacientes apresentaram uma ansiedade traço média, ou seja, todos os pacientes apresentavam o mesmo fator de ansiedade traço.

Em relação ao total de pacientes, nossos resultados mostraram que 58% dos pacientes consomem benzodiazepínicos, há mais de dois anos, e 33% os consomem, pela primeira vez. Em todos esses casos, o consumo médio ultrapassa os dois anos. Portanto, pode-se considerar que já deva existir tolerância ao efeito sedativo-hipnótico dos benzodiazepínicos. Desta maneira, nestes pacientes, está presente apenas o efeito ansiolítico deste medicamento. Em torno de 50% dos pacientes, o consumo de benzodiazepínicos é feito, de forma contínua, ou seja, todas as noites, e mais ou menos 50% os consome em dias alternados, ou quando não consegue adormecer com facilidade.

Por outro lado, o efeito amnésico dos benzodiazepínicos também apresenta tolerância, após o uso crônico de 18 meses (Goodman e Gilman, 1997). Os nossos resultados mostraram que a mediana do tempo de uso dos benzodiazepínicos é de 24 meses. Assim sendo, provavelmente 47 dos pacientes estudados já apresentavam tolerância ao efeito amnésico, tanto no aspecto anterógrado, como no retrógrado, ou seja, as memórias traumatizantes vão ser armazenadas, normalmente.

Quanto ao efeito ansiolítico dos benzodiazepínicos, segundo Goodman e Gilman (1997), ainda não existem dados concretos quanto à tolerância. Porém, verificou-se que 25% dos nossos pacientes estudados utilizam benzodiazepínicos, por dois anos ou mais e, no entanto, os escores do IDATE I estão a nível de médio a alto, enquanto que pelos escores do IDATE II, 100% dos pacientes os tem elevados. Isto nos permite supor que talvez nestes pacientes o efeito ansiolítico também esteja tolerante.

Outro aspecto que se pôde perceber foi o predomínio do consumo de benzodiazepínicos pelos pacientes do sexo feminino, especialmente na faixa etária dos 40 a 50 anos. Este predomínio do uso de benzodiazepínicos por parte do sexo feminino pode ser

devido a dois fatores importantes: primeiro, porque a mulher provavelmente tem maior facilidade de expressar seus sentimentos em relação ao homem.

Portanto, ela procura ajuda, desabafa, fala, chora e exterioriza suas angústias; em segundo lugar, o homem, por questões culturais, por machismo ou mesmo por vergonha, não busca ajuda e quando o faz, durante a entrevista e o preenchimento do questionário é evasivo, fechado, seco, desconfiado, dificilmente se abrindo para expressar o que o atormenta, queixando-se apenas da insônia, alegando causa desconhecida ou por outros problemas triviais.

Ao separar o total de pacientes em diferentes grupos com base nas principais queixas apresentadas (grupos de insônia, de problemas familiares, de depressão e de outros motivos), observou-se que os escores no teste do IDATE I, dos pacientes cujas queixas principais se relacionavam a problemas familiares diversos, eram superiores e estatisticamente diferentes dos demais grupos experimentais o que está de acordo com o citado por Forattini (1992).

Este autor considera que as influências sócio culturais e o fator econômico desempenham papel importante na gênese dos processos patológicos em geral. Acreditamos que, na realidade, estas situações sócio – econômicas culturais geram altos níveis de estresse e, conseqüentemente altos níveis de ansiedade.

De acordo com os questionários respondidos pelos médicos e enfermeiras padrão chegou-se à constatação de que não é feito nenhum acompanhamento psicológico dos pacientes, nem mesmo com assistentes sociais, e que os médicos não fazem o acompanhamento da evolução ou do retrocesso do tratamento, apenas formulam as receitas pelo fichário de rotina.

Ao serem questionados sobre o assunto, os médicos alegam a falta de estrutura assistencial e que haveria a necessidade de psicólogos e assistentes sociais que fizessem o acompanhamento desses pacientes, levando-os a encontrar as causas dessas patologias. Isto poderia ser alcançado, por meio de visitas às casas dos pacientes, ou em seus locais de trabalho, para levantarem suas reais condições de vida, objetivando um diagnóstico de maior precisão.

6. CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos concluí-se:

6.1. Os pacientes provavelmente estão tolerantes a amnésicos e ansiolíticos, não havendo uma resposta satisfatória dos

Tabela 1: Representa os resultados relativos ao teste do IDATE I e IDATE II de todos os pacientes observados, bem como o tempo (meses) de uso de benzodiazepínicos destes pacientes.

Variável	IDATE I	IDATE II	Tempo Total
Tamanho da amostra	60.	60.	60.
média	49.316667	52.366667	47.666667
Mediana	50.5	52.	24.
Desvio padrão	3.993604	4.562064	59.444795
Mínimo	42.	43.	1.
Máximo	57.	60.	216.
Amplitude	15.	17.	215.
Primeiro quartil	45.5	49.	1.
Terceiro quartil	52	55.5	72.

benzodiazepínicos a esses pacientes, não sendo necessário, portanto, o consumo de ansiolíticos, por estes pacientes.

6.2. Percebe-se que a ansiedade gerada pelos problemas sociais, pelas doenças da civilização, do estresse e das carências de toda ordem, somados à deficiência assistencial dos órgãos públicos, geram um complexo de estratégias de auto-defesa pela busca de medicamentos que vêm atenuar esse quadro crítico pelo qual passa a população carente de Francisco Beltrão. Nesse contexto está o consumo de benzodiazepínicos que nos resultados estatísticos demonstrados confirmam essa situação.

6.3. Há necessidade de que as entidades assistenciais façam um estudo profundo de como atuar junto à população, buscando alternativas para solucionar os problemas já mencionados durante nosso relato.

6.4. Importante também que se fizesse um trabalho educativo, visando ao esclarecimento da população sobre consumo de medicamentos, especialmente ansiolíticos, pois somente com a mudança de mitos, tabus e preconceitos ligados à saúde mental e ao bem estar físico poderemos obter resultados que, embora não sejam imediatos poderão mudar a cultura de consumismo de terapêuticos.

6.5. Considera-se que é necessário a conscientização da classe médica, no sentido de reavaliarem sua conduta, ao prescreverem um medicamento ansiolítico. É preciso que haja conhecimento do histórico do paciente, de suas reais necessidades e principalmente das conseqüências que possam advir. Sabemos que o ser humano tem limites orgânicos e emocionais e que, quando estes não são respeitados, pela própria natureza, o organismo reage e somatiza, sendo que para a população leiga, a ansiedade é assumida como doença que precisa ser medicada.

6.6. É necessário conhecer e tratar a origem do problema que gera a ansiedade, evitando que uma "Ansiedade Estado", que é passageira, venha a se tornar uma "Ansiedade Traço", que, sendo permanente, realmente, torna o homem dependente de medicamentos, mesmo que estes não dêem mais uma resposta satisfatória como o que pode-se observar, ao longo do trabalho

Figura 1: Comparação entre Ansiedade Estado e Ansiedade Traço considerando todos os pacientes em conjunto, não se observando diferença estatística entre os dois estados de ansiedade

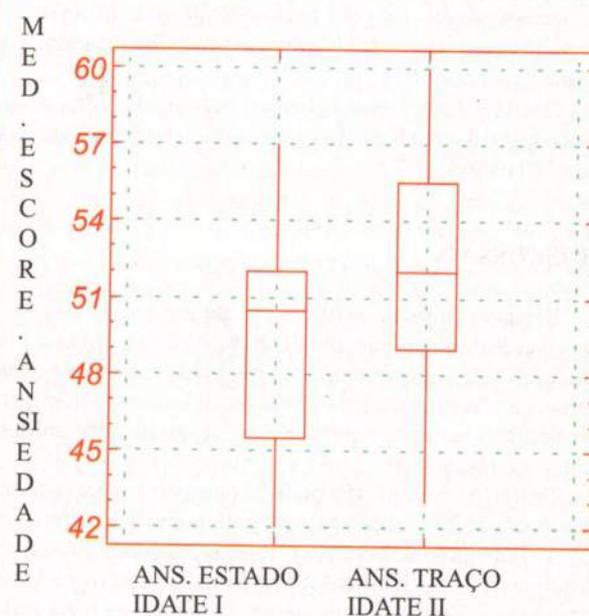


Tabela 2: Representa os resultados do teste IDATE I e IDATE II do grupo de pacientes que alegaram a insônia como fator principal de consumo de benzodiazepínicos, bem como o tempo de consumo dos mesmos.

Variável	Insônia IDATE I	Insônia IDATE II	Insônia Tempo
Tamanho da amostra	15.	15.	15.
Média	47.666667	50.533333	61.466667
Mediana	46.	50.	24.
Moda	44.	50.	1.
Variância	17.095238	21.552381	6302.266667
Desvio Padrão	4.134639	4.642454	79.386817
Mínimo	44.	43.	1.
Máximo	57.	59.	216.
Amplitude	13.	16.	215.
Primeiro quartil	44.	49.	1.
Terceiro quartil	51.	52.	108.

Figura 2: Representa a mediana dos escores de ansiedade do teste IDATE I e IDATE II do grupo de pacientes que utilizam benzodiazepínicos devido a Insônia.

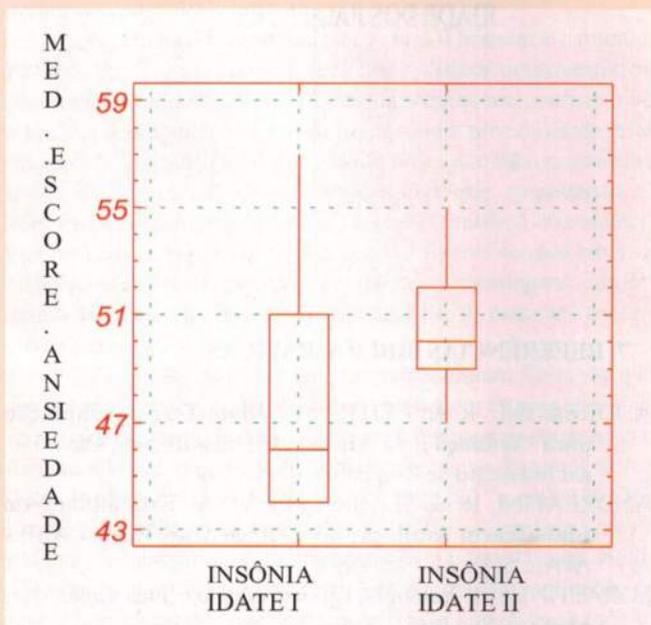


Tabela 3: Representa os resultados do teste IDATE I e IDATE II do grupo de pacientes que alegaram problemas familiares como fator principal do consumo de benzodiazepínicos, bem como o tempo de uso dos mesmos.

Variável	Família IDATE I	Família IDATE II	Família Tempo
Tamanho da amos	28.	28.	28.
Média	51.5	53.428571	36.428571
Mediana	51.	53.	15.
Desvio Padrão	2.755466	3.78524	44.088655
Mínimo	44.	45.	1.
Máximo	57.	60.	144.
Amplitude	13.	15.	143.
Primeiro quartil	50.	51.	1.
Terceiro quartil	53.	56.	60.

Figura 3: Representa a mediana dos escores de ansiedade do teste IDATE I e IDATE II do grupo de pacientes que alegaram problemas familiares como principal fator de consumo de benzodiazepínicos.

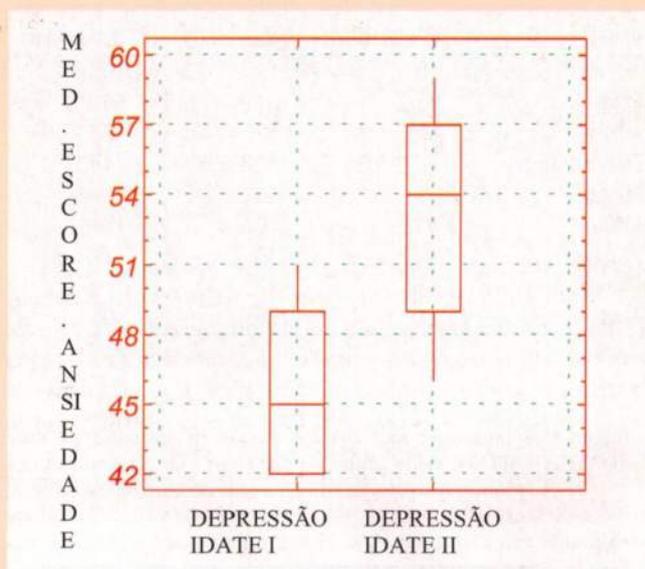


Tabela 4: Representa os resultados do teste IDATE I e IDATE II do grupo de pacientes que utilizaram benzodiazepínicos devido a depressão.

Variável	Depressão IDATE I	Depressão IDATE II	Depressão Tempo
Tamanho da amostra	15.	15.	15.
Tamanho da amos	7.	7.	7.
Média	45.571429	52.714286	66.857143
Mediana	45.	54.	60.
Desvio Padrão	3.779645	4.785892	39.713258
Mínimo	42.	46.	24.
Máximo	51.	59.	120.
Amplitude	9.	13.	96.
Primeiro quartil	42.	49.	36.
Terceiro quartil	49.	57.	120.

Figura 4: Representa a mediana dos escores de ansiedade do teste IDATE I e IDATE II do grupo de pacientes que referiram o uso de benzodiazepínicos em virtude de depressão.

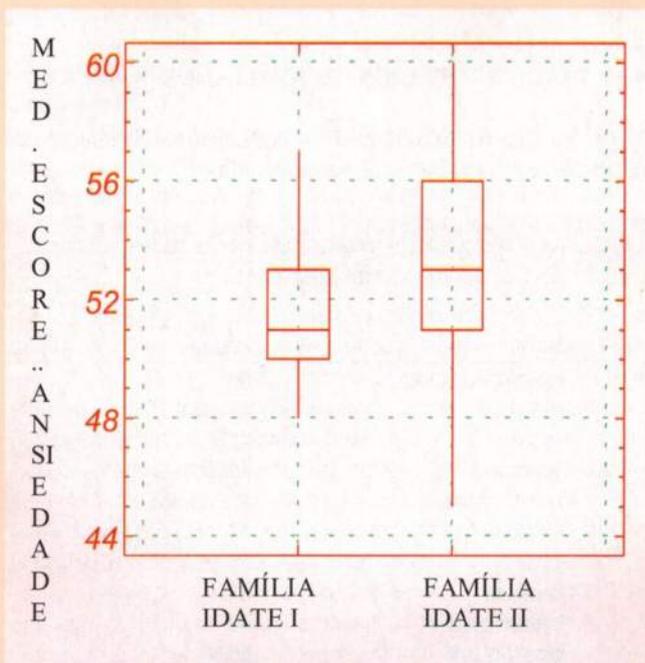
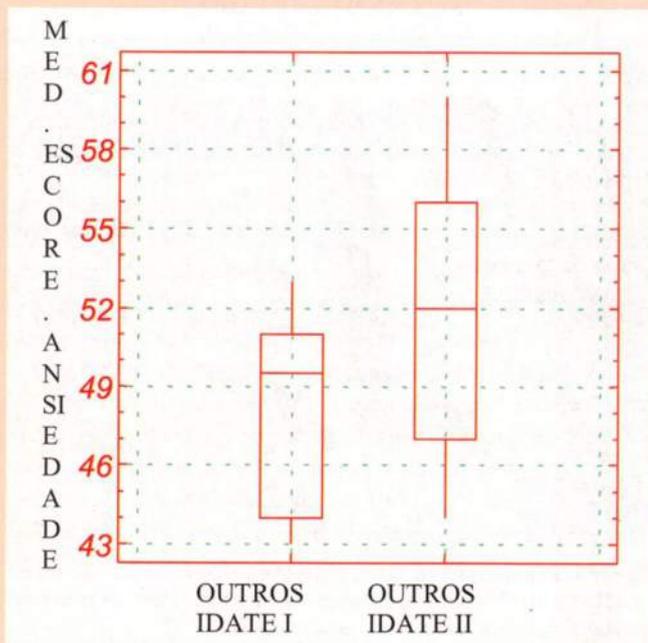


Tabela 5: Representa os resultados do teste IDATE I e IDATE II do grupo de pacientes que alegaram o uso de benzodiazepínicos por outros motivos, bem como o tempo de consumo dos mesmos.

Variável	Outros IDATE I	Outros IDATE II	Outros Tempo
Tamanho da amostra	10.	10.	10.
Média	48.3	51.9	59.3
Mediana	49.5	52.	12.5
Desvio Padrão	3.772709	5.933895	74.063111
Mínimo	43.	44.	1.
Máximo	53.	60.	180.
Amplitude	10.	16.	179.
Primeiro quartil	44.	47.	1.
Terceiro quartil	51.	56.	108.

Figura 5: Representa a mediana dos escores de ansiedade do teste IDATE I e IDATE II do grupo de pacientes que alegaram outros motivos para justificar o uso de benzodiazepínicos.

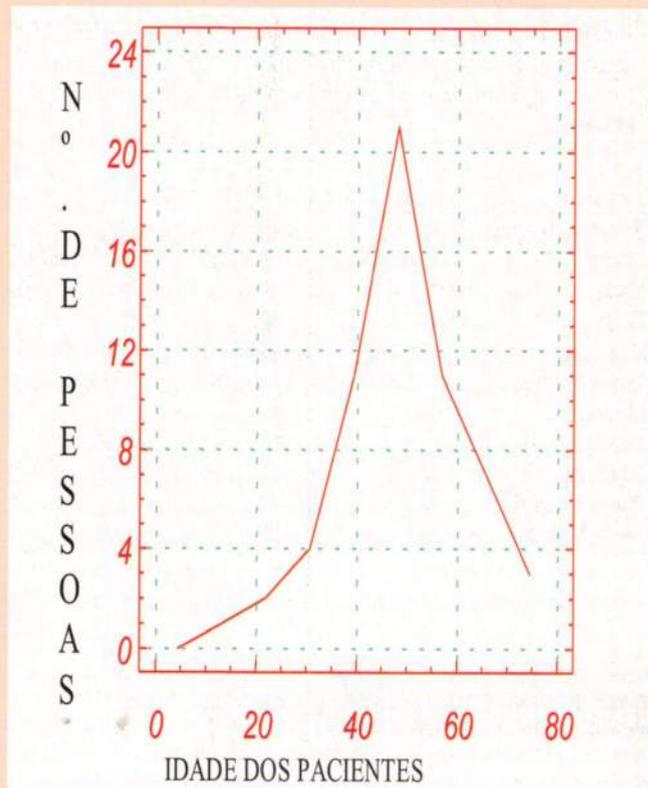


4.12 IDADE DOS PACIENTES AVALIADOS

A idade de todos os pacientes estudados está representada na tabela 6 e figura 12 a seguir representados;

TABELA 6: Representa a descrição estatística das idades de todos os pacientes que consomem benzodiazepínicos.

Variável:	idade
Tamanho da Amostra	60.
Média	48.333333
Mediana	47.5
Variância	163.581921
Desvio - padrão	12.789915
Mínimo	17.
Máximo	78.
Amplitude	61.
Primeiro quartil	40.
Terceiro quartil	55.5



7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREATINI, R. & LEITE, J. R. **Idate Traço: Adaptação para Avaliação da Ansiedade Durante Sete Dias.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(5), 1994.
- ANDREATINI, R. & SEABRA M.L.V. **A Estabilidade do Idate Traço: Avaliação após Cinco Anos.** *Revista ABP - APAL*, 5(1): 21 - 25, 1993.
- FORATTINI, O. P. **Ecologia, Epidemiologia e Sociedade.** Artes Médicas. São Paulo, 1992.
- GOODMAN e GILMAN A. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica.** 9ª edição. Mcgraw hill. Rio de Janeiro. 1997.
- GRAEFF, F. G.. **Drogas Psicotrópicas e Seu Modo de Ação.** Editora Pedagógica Universitária. São Paulo. 1989.
- KAPLAN, H.I. & SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria.** Editora Artes Médicas. 2ª edição. Porto Alegre, 1990.
- KOLB, L.C. **Psiquiatria Clínica Moderna.** 5ª edição. São Paulo: Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1976.
- MARKS, John. **The Benzodiazepines; use, averuse, misuse, abuse.** 2ª edição Hingham. USA. 1985.
- MORGADO, A.; F. IGUCHI T. e BUENO JR. **Epidemiologia da Dependência de Drogas em Grupos Populacionais do Brasil.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1983.
- OLIVEIRA, M. A. V. **Pilotando Bem sua Vida Com Competência Emocional.** Nome da Rosa. São Paulo. 1998.
- SPIELBERGER, C.D. **Anxiety as an emotional stase.** In: *Spielberger, C.D. (ed) Anxiety = Current Trends in Theory and Research.* New York, 1977.